
NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service
Washington, D.C.


NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
U.S. Department of
Health, Education,
and Welfare, Public
Health Service
Washington, D.C.

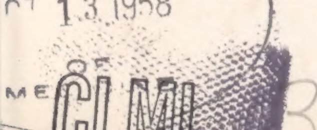


BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

VOL. 50 JULIO, 1958 NO. 7



ENTERED AS SECOND CLASS MATTER, JANUARY 21, 1931 AT THE POST OFFICE AT SAN JUAN, PUERTO RICO UNDER THE ACT OF AUGUST 244, 1912.

OFICINA ADMINISTRATIVA:

Edificio de la Asociación Médica de Puerto Rico, Ave. Fernández Juncos Parada 19, Apartado de Correos 9111, Santurce, P. R.

FECHA DE PUBLICACION:

Día último de cada mes.

TRABAJOS ORIGINALES:

Los trabajos originales deben ser enviados al presidente de la Junta Editora, Apartado de Correos 9111, Santurce, P. R., o entregarse directamente en la Secretaría de la Asociación Médica, Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce. P. R.

Los originales deben venir escritos a máquina, a doble espacio.

No se devuelven originales. Los autores son responsables de las opiniones que emitan en sus artículos. Ningún artículo publicado en el Boletín podrá ser reproducido sin la previa autorización escrita del Presidente de la Junta Editora.

CITAS BIBLIOGRAFICAS:

Las citas bibliográficas deberán mencionar, en el siguiente orden de sucesión: apellido del autor; iniciales de sus nombres; título del trabajo; título del periódico (abreviado); volumen, página y año. Las citas llevarán un número de acuerdo a su orden de presentación en el texto y correspondiente a la numeración colocada al final.

Ejemplo: 1. Koppisch, E.: Pathology of Arteriosclerosis. Bol. Asoc. Med. de P. R., **46**: 505, (Noviembre) 1954.

ILUSTRACIONES:

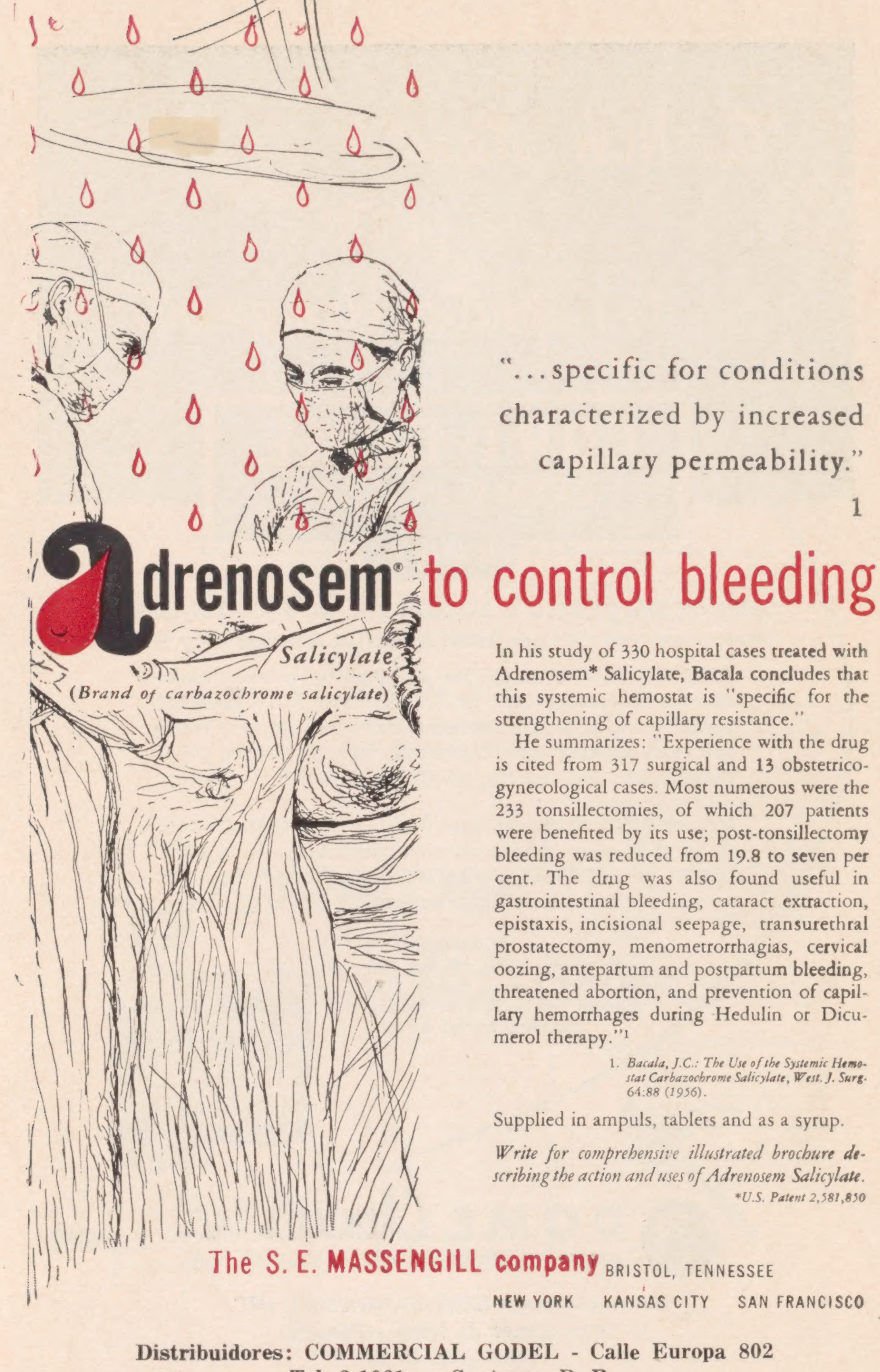
Las fotografías que acompañen el artículo deberán estar bien presentadas. Los dibujos y esquemas deberán estar hechos en tinta negra sobre papel blanco. Todas las ilustraciones deberán estar numeradas y se deberá indicar la parte superior de las mismas. Cada ilustración deberá venir acompañada de la leyenda correspondiente.

ANUNCIOS Y SUSCRIPCIONES:

Información en relación con anuncios y suscripciones será suministrada a solicitud en la Secretaría de la Asociación. Todo material de anuncio está sujeto a la aprobación de la Junta Editora.

SUSCRIPCION:

$5.00 al año.



Distribuidores: COMMERCIAL GODEL - Calle Europa 802
Tel. 3-1061 — Santurce, P. R.
P. O. Box 1081 — San Juan, P. R.

"Un poquito más de KLIM... por favor, Mami"





Al recetar leche para los bebés, el médico puede estar seguro que KLIM es la *mejor* leche . . . la mejor, porque . . .

NINGUNA OTRA LECHE COMBINA TANTAS E IMPORTANTES VENTAJAS para la alimentación infantil. Por ejemplo, la leche KLIM es . . .



Superior en Calidad—Unicamente se usa leche de la mejor calidad en la elaboración de KLIM.

Pura y Segura*—Cuando Ud. recomienda KLIM puede tener la más absoluta confianza de que es siempre una leche pura y bacteriológicamente segura.

Uniforme*—KLIM es completamente uniforme tanto en la cantidad como en la proporción de sus elementos nutritivos. No hay riesgo de trastornos digestivos debido a las variaciones en la alimentación.

***La pureza, seguridad y uniformidad de KLIM están garantizadas por el estricto Sistema Borden de Control de Calidad.**

Fácil de Digerir—La leche KLIM es más fácil de digerir porque las partículas de proteína y grasa son más pequeñas . . . el coágulo de proteína es más blando.

Flexible—KLIM permite que la cantidad y tipo de carbohidrato añadido a las fórmulas puedan cambiarse, de acuerdo con las necesidades individuales del bebé.

Fortificada con Vitamina D—KLIM contiene una cantidad suficiente de Vitamina D para proporcionar óptimo crecimiento, así como también para evitar el raquitismo y para ayudar a desarrollar huesos y dientes fuertes y sanos.

Como Ud. puede ver en esta lista compendiada, la leche KLIM combina muchas e importantes ventajas para la alimentación infantil. Por esta razón los médicos en todas partes están de acuerdo en que . . . KLIM es la mejor leche para el bebé.

THE BORDEN
FOOD PRODUCTS COMPANY
Division of The Borden Company
350 Madison Avenue
New York 17, N. Y., E.U.A.

Distribuidores para Puerto Rico:
PLAZA PROVISION COMPANY, Fortaleza 104, San Juan, P. R.

una gota de alivio y protección

constituye el tratamiento moderno de una gran variedad de dermatosis

loción tópica

HYDELTRACIN

MARCA DE FABRICA

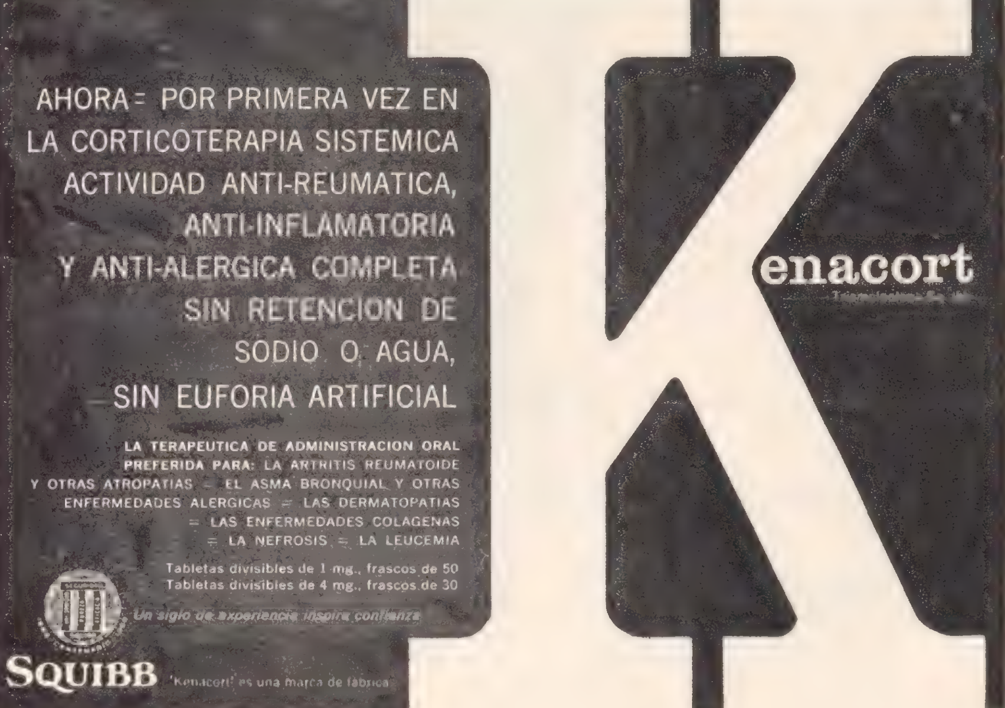
PREDNISOLONA-NEOMICINA

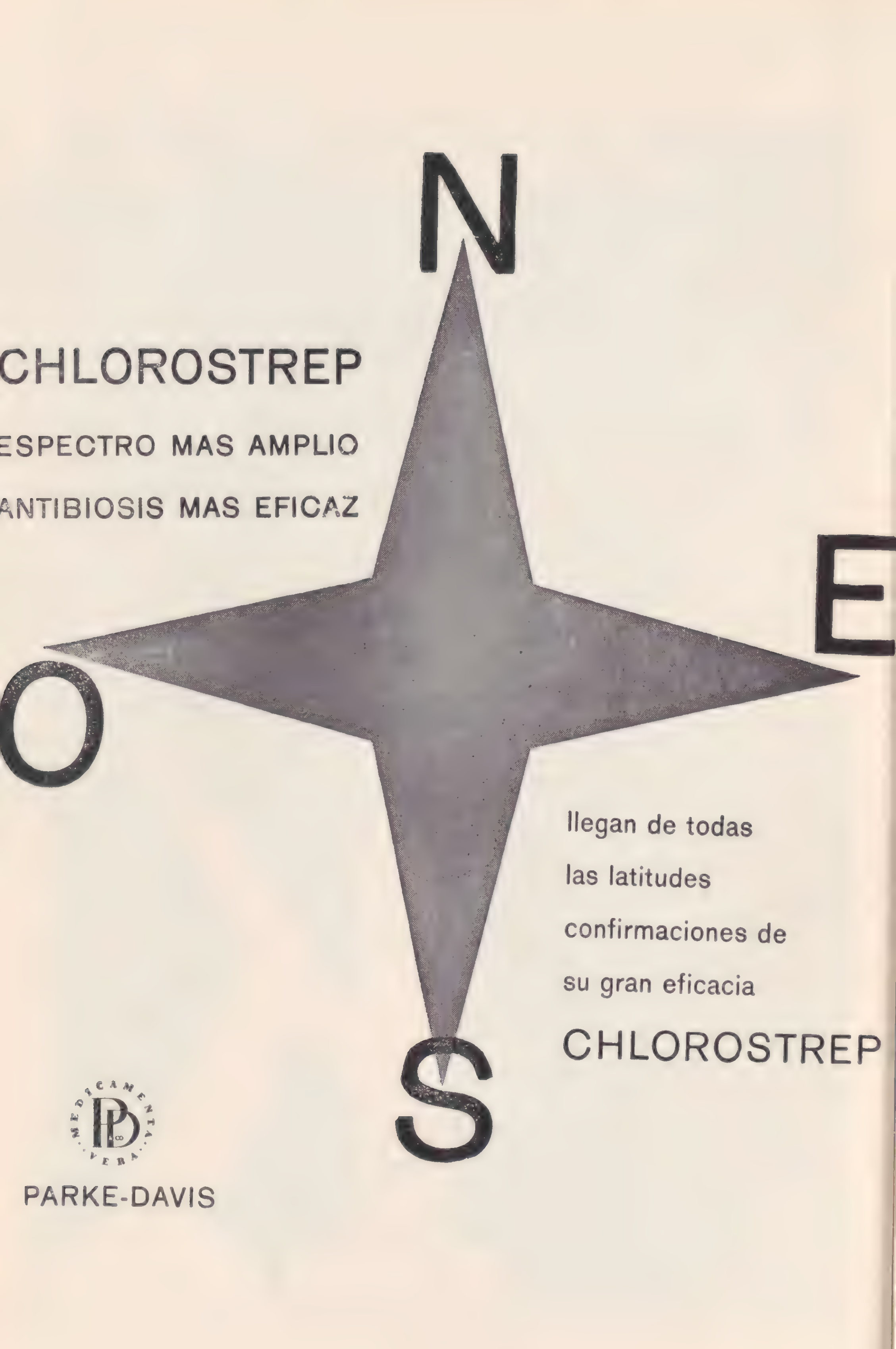
El prurito, la inflamación y otras dolorosas manifestaciones alérgicas ceden rápidamente a la poderosa acción local de la prednisolona . . . y la neomicina previene, o contribuye a eliminar, las infecciones secundarias que suelen complicar las dermatosis.

HYDELTRACIN tiene la agradable consistencia de una loción de tocador. No mancha la ropa ni tiene olor a medicamento. La facilidad con que se difunde permite hacer llegar su acción terapéutica a las hendiduras más diminutas, zonas pilosas, costrosas, escamosas y humectantes, así como a las áreas vesiculares que no deben friccionarse con la aplicación de ungüentos.



MERCK SHARP & DOHME INTERNATIONAL
Division of Merck & Co., Inc.
161 Avenue of the Americas, New York 13, N. Y., U. S. A.


AHORA = POR PRIMERA VEZ EN LA CORTICOTERAPIA SISTEMICA ACTIVIDAD ANTI-REUMATICA, ANTI-INFLAMATORIA Y ANTI-ALERGICA COMPLETA SIN RETENCION DE SODIO O AGUA, SIN EUFORIA ARTIFICIAL
LA TERAPEUTICA DE ADMINISTRACION ORAL PREFERIDA PARA: LA ARTRITIS REUMATOIDE Y OTRAS ATROPATIAS = EL ASMA BRONQUIAL Y OTRAS ENFERMEDADES ALERGICAS = LAS DERMATOPATIAS = LAS ENFERMEDADES COLAGENAS = LA NEFROSIS = LA LEUCEMIA
Tabletas divisibles de 1 mg., frascos de 50
Tabletas divisibles de 4 mg., frascos de 30
Un siglo de experiencia inspira confianza
SQUIBB
'Kenacort' es una marca de fábrica
Kenacort


N
CHLOROSTREP
ESPECTRO MAS AMPLIO
ANTIBIOSIS MAS EFICAZ
E
O
llegan de todas
las latitudes
confirmaciones de
su gran eficacia
CHLOROSTREP
S
MEDICAMENTA VERA
PD
PARKE-DAVIS





BOLETIN

DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

VOL. 50 JULIO, 1958 No. 7

TREATMENT OF BENIGN OVARIAN CYSTOMAS*

*CLYDE L. RANDALL, M.D.***

In this gathering, among surgeons whose daily lives involve all kinds of modern day surgical miracles, why talk about removing the ovary? It's one of the simplest and easiest of operations, in fact it's too easy — and that is perhaps the chief reason why there is so much discussion of the procedure.

To those of you interested in medical history, the operation of oophorectomy is known as one of the milestones. True, the ancients were trephining the skull long before oophorectomy became a matter of interest, but when surgeons began to remove ovarian cysts, abdominal surgery was born. Oophorectomy was perhaps the first recognized indication for laparotomy. In 1685 Schorkopff[5] suggested that it ought to be possible. Nearly 100 years later and nearly 200 years ago Hevin[1] reviewed all that had been written about the procedure and decided that the risks of opening the abdomen were too great to make it practical to attempt to remove an ovarian cyst. Shortly thereafter Theden,[6] then Hunter[2] and DeMontaux[3] all discussed how it should be done! Finally in America in 1809 Ephriam McDowell[4] reported his first case of a large cyst successfully removed, the patient recovered and a new era had begun.

Today removal of the ovary involves practically no risk to the patient and the procedure usually requires but the simplest of surgical technique. Hence we no longer ask how the ovary should be removed, but many still are wondering **when** oophorectomy is indicated. Indications were no problem when the risk of surgery was justified by tumors so large as to cause the patient evident distress. Now however, we are frequently obliged to decide whether enlargement is sufficient to indicate pathology rather than dys-

* Presented to the Eighth Annual Meeting, Puerto Rico Chapter, American College of Surgeons, San Juan, February 26, 1958.

** From the Department of Obstetrics and Gynecology, University of Buffalo, Buffalo, N. Y.

function, when suspected dysfunction indicates resection and when if ever removal of normal ovaries seems justified.

Indications might well be considered in accordance with the patients presenting **symptoms.**

Pain: The ovary is occasionally responsible for the development of signs of an acute abdomen. During the post ovulatory phase of the cycle, a hemorrhagic cystic corpus luteum may rupture with considerable and possibly continued intra-abdominal bleeding. Most frequently this syndrome is observed in nurses and doctor's wifes, patients who are likely to report the occurrence of pain soon after its onset. It is well to remember that the pain of such ovarian hemorrhage will usually disappear more rapidly however, than will the discomfort incident to a laparotomy. If a hemorrhagic ovary is suspected we believe that laparotomy is indicated only when there is considerable doubt as to the diagnosis.

The pain developing after tortion of an adnexa or a pedunculated tumor fortunately occurs in a patient whose tumor is evident on examination. Discovery of the mass confirms the diagnosis and indicates surgery. Added hours only increase the degree of hemorrhagic infarction. Necrotic surface of the tumor will occasionally become walled off by adhering loops of bowel. It is generally believed that a twisted cyst should be regarded as an emergency and laparotomy performed without delay.

The complaint of chronic or recurring pain often fails to be explained by the physical findings. Many of the alledgedly unnecessary laparotomies are performed when we are willing to operate because the patient complains of pain and the physical findings do not suggest an explanation for the distress. When examination fails to find localized tenderness and there are no findings to suggest distention or peritoneal irritation, the history of pain alone should not be regarded as indication for pelvic laparotomy.

Solid tumors of the ovary have been reported to produce unexplained pelvic pain. Statements published have suggested that unexplained pain in the pelvis, particularly of women over 50 year of age, may well be regarded as evidence of ovarian malignancy unless laparotomy proves otherwise. We have occasionally noted that pain was the complaint of the patient with small solid tumors of the ovary. Pain has certainly been the predominant complaint of an occasional patient with a solid type of ovarian carcinoma. We certainly have not been impressed by the likelihood that chronically recurring pain in the pelvis is due to an early but not clinically obvious neoplasm of the ovary.

Tumor: When an enlargement of the ovary is evident on examination the patient's age must be taken into consideration. Dysfunctional enlargements are not likely in older women and certain-

ly are not to be suspected after the menopause. When the woman is younger, dysfunctional enlargements of the ovary are likely to be found when menstrual irregularities are reported. The tendency of such non-neoplastic cystic ovaries to undergo spontaneous regression is well known. Reexamination after a few weeks is usually advisable before making a decision as to the probable nature of smaller tumors.

As a rule when a cystic mass no longer than 5 or 6 cm. in diameter has been discovered in a patient less than 40 years of age, such enlargement might well be regarded as dysfunctional, at least until additional observation and reexamination suggest persistent enlargement and the probability of a true neoplasm. Even in younger women however, when ovarian enlargement is progressive or has been observed to persist throughout several menstrual cycles, a true neoplasm can be suspected. Laparotomy is indicated whenever neoplastic enlargement of the ovary is evident.

Careful palpation of the ovary is particularly important in older women when atrophic changes in the vaginal fornices often make the ovary difficult to outline. In older women, particularly after the menopause, any rounded or firm elastic feeling ovary even as large as a golf ball should be regarded with apprehension. Careful examination under anesthesia is usually advisable with the patient properly prepared for laparotomy if persistence of the mass is confirmed.

Dysfunction: While we do not believe that the resection of the non neoplastic types of cystic ovary is advisable when the patient complains only of pain, there are complaints which do justify laparotomy for resection of the dysfunctionally enlarged ovary. When the clinical criteria of certain types of dysfunction seems satisfied, the splitting, wedging or resection of cystic ovaries often proves beneficial.

Ocassionally a polycystic ovary will be found in the juvenile bleeder menstruating excessively in her early teens. Usually such menorrhagia accompanies anovulatory cycles. A curettage followed by cyclically given progesterone should prove effective. In older women complaining of irregular bleeding, frequent and prolonged, whose ovaries seem large on examination and at laparotomy reveal multiple follicular or retention cysts of varying size, the effectiveness of resection of the ovary has been reported in a number of cases. Ovarian resection in such instances should not be confused with management of the typical Stein-Leventhal syndrome however, in which the multiple follicular cysts are uniformly smaller and the patient is more likely to complain of amenorrhea or oligomenorrhea, often infertility and possibly hirsutism. The enlarged firm ovaries of the Stein-Leventhal syndrome are usually

palpable and the discocery of endometrial hyperplasia practically confirms the diagnosis.

In such instances, although we consider resection of ovarian tissues advisable, ovarian removal is certainly not indicated. Oophorectomy is unnecessary in the treatment of dysfunctional ovarian cysts. We feel that tissue committees should question the removal of ovaries when only dysfunctional changes are evident. We can no longer say that resection of the ovary or the removal of normal tissue is justified, for when the criteria indicating the types of ovarian dysfunction previously noted seem to have been taken into account, simple bisection, wedging or recection procedures often seem effective.

The bilateral enlargement of ovaries by almost edematous looking, thin walled cystomas, in a patient with a history of recent menstrual irregularity, should at least suggest the possibility of the luteum cyst accompanying hydatidiform mole. Even the occasional occurrence of such unusual pathology continues to justify careful reexamination of the pelvis under anesthesia and usually a curettage before a laparotomy. Rarely will such ovaries be removed if the presence of a hydatidiform mole is even suspected when such bilateral cystomas are found at laparotomy.

Endometriosis: In our experience the ovarian tumor most frequently recognized at operation is the chocolate cyst associated with endometriosis. Surgeons always seem to remember that castration cures endometriosis, but castration is rarely necessary in the management of this quite unpredictable disease. More conservative measures are often effective for the reason that grossly appreciable endometriosis usually represents a lesion that has been developing slowly for several years. Portions of the ovary not grossly involved at the time of an initial operation are not likely to develop new foci of endometriosis once the affected areas have been excised. When operation for endometriosis seems advisable however, we do believe that bisection of an uninvolved looking ovary is indicated, and that resection rather than removal of the involved side should be the rule.

Neoplasms:
A — Benign

How extensive should surgery be when a true neoplasm, a dermoid, a cystadenoma or one of the rarer but benign looking neoplasms has replaced an ovary? Two possibilities should always be considered. First, we should decide when it would be permissible to attempt resection of the neoplasm from the ovary, saving any portions of ovarian tissue which seem uninvolved and adjacent to a blood supply, and second, when to remove both ovaries be-

cause of the probability of the bilateral occurrence of the tumor and the eventual involvement of the opposite ovary.

When one ovary has previously been removed, and laparotomy is again indicated for enlargement of the patient's one remaining ovary, the operator usually makes an attempt, or at least considers an attempt, to save a part of that one remaining ovary. Since there is always the possibility that a preserved "other" ovary may eventually develop some pathology, it is evident that we should approach an ovary first involved with the same desire to preserve ovarian tissue that we would be likely to feel were we approaching the patient's only remaining ovary.

Oophorectomy can be quickly accomplished, and by comparison, ovarian resection looks like fussy surgery, takes more time and is not the surgically neat procedure apparent when oophorectomy is performed. Nevertheless, a cyst so large as to apparently replace an ovary will sometimes be found to permit excision of the neoplasm with preservation of considerable ovarian tissue. The best management certainly requires prompt recognition of the type of cystoma present and knowledge of the potentialities of the neoplasm as regards the possibilities of malignancy and the chances of its bilateral occurrence.

The incidence of the known bilateral occurrence of benign cystomas has been reported to vary from an incidence of 7 to 10% for pseudomucinous cystadenomas and approximately 12% for dermoids, to 15 to 20% for serous cystadenomas. Among a number of women followed after removal of one ovary which was the site of a benign cystoma, we have to date observed the occurrence of a neoplasm in the other ovary (when it has been preserved) in only five instances among more than 200 such cases followed longer than five years. Current concepts regarding the pathogenesis of ovarian neoplasms, and their rather slow growth, tempts one to presume that by the time the ovary involved has developed a clinically appreciable benign cystoma, the opposite ovary, if it shows no evidence of neoplasia on bisection, will be unlikely to subsequently develop a similar neoplasm. At the time of operation one tumor may be larger than the other, but in cases in which there is bilateral occurrence, we believe that both ovaries will usually show involvement to a clinically appreciabe degree at the same time. We do believe therefore, that whenever a benign appearing cystoma seems unilateral, that the chance of bilateral occurrence indicates careful inspection, palpation and bisection of the opposite ovary. We do not believe that the "other" ovary need be removed, if it appears normal on bisection, because the possibility of its involvement at a later date is in all probability not more than three per cent. Decision to preserve an uninvolved ovary

seems therefore, largely justified by the relatively slight chance of tumor occurrence at a later date in a normal looking "other" ovary.

When a cystoma appears to be a typical "chocolate cyst", we believe it is now generally agreed that the chocolate content does not contain viable cells that would be likely to implant if the contents are spilled onto the pelvic peritoneum. We need not consider oophorectomy rather than resection in order to avoid the probability of such a spill. We also believe that dermoids can usually be resected from the ovary in similar fashion and we have not noted so-called sterile peritonitis as a result of spill of the contents of a dermoid onto adjacent viscera. Moreover, our follow-up studies to date suggest that the danger of peritoneal implantation from a papillary cystadenoma, inadvertently opened at surgery, appears to have been overemphasized. Particularly when a cystoma involves only one ovary, we have not observed widespread peritoneal implantation or the accumulation of free fluid following the accidental spill of the contents of a benign cystoma into the abdominal cavity. Even when the lining of the opened cyst appeared grossly papillary, but later proved to be histologically benign, if extension through the capsule of the tumor and implantation onto pelvic peritoneum had not occurred spontaneously before operation — recurrence has not been observed as the result of spilling the contents of a benign cystoma. We have observed the postoperative occurrence of the dreaded pseudomyxoma peritonei, but only when papillary implantation outside the capsule of the cystoma was evident the first time the abdomen was opened.

When ovarian cystomas are bilateral however, the possibilities of malignancy are greater. Even if there should be no evidence of implantation outside the ovarian capsule when the abdomen is opened, particularly in older women, we believe it is advisable to make an attempt to remove bilateral cystadenomas without rupture of their capsule or spill of their contents.

Neoplasms:

B—Questionable And Unusual Tumors

Suspicion that an ovarian neoplasm is one of the rarer, perhaps "functioning" tumors, excites one's efforts to exercise good judgment from the moment the growth is first discovered. At operation, if there is any question regarding the nature of an ovarian neoplasm, call the pathologist or particularly interested colleague to the side of the table for help with a "table diagnosis." The extent of the surgery advisable when one of the unusual types of ovarian tumor is discovered certainly permits of no generalization. The histology of a granulosa cell tumor often fails to pro-

vide a reliable estimate of the patient's subsequent clinical course. The histologically malignant looking granulosa cell carcinoma may on the other hand, recur only locally, whereas other neoplasms considered benign may recur years after removal of the primary cystoma. The possibility of an increased risk of endometrical carcinoma in patients with estrogen producing tumors as the thecomas seems to warrant consideration of hysterectomy on a prophylactic basis, regardless of whether or not the opposite ovary is to be preserved. Unless the woman is young, and preservation of the possibilities of childbearing seem particularly important, whenever a granulosa cell tumor is discovered, we believe it is as reasonable to remove her uterus as to remove her "other" ovary.

There will always be differences of opinion regarding the management of younger women when a dysgerminoma or teratoma seem limited to one ovary. Unfortunately such neoplasms as the sarcomas, mesonephromas and embryonic types of teratomas are often observed in adolescent girls and relatively younger women. No definite rules can be made in regard to the management of such tumors. When the growth seems well-encapsulated or appears pedunculated, we do not feel the operator should be criticized for a "conservative operation." The most radical resection may fail to prevent recurrence and death from malignancy, whereas removal of only the involved ovary is sometimes followed by a completely benign course.

In conclusion, when an unilateral benign appearing cystoma is found at operation, neither the incidence of the bilateral occurrence of benign ovarian neoplasia or the incidence of ovarian malignancy seem to warrant the removal of the opposite ovary, when it appears normal. The chance of bilateral pathology, not obvious but already developing in the opposite ovary, does however, indicate careful inspection, palpation and bisection of that other ovary before it should be regarded as normal and its preservation assured.

In the management of benign ovarian neoplasms, resection of the ovary should be considered more often and oophorectomy should be employed less routinely. It would be well to remember, whenever removal of the ovary seems indicated, that ovarian function deserves more consideration than the acknowledged simplicity of oophorectomy.

216 Summer St.
Buffalo 22, N.Y.

REFERENCES

1. Hevin, Prudent, The Genealogy of Gynaecology, 2nd edition, Blakiston, 1950: J. V. Ricci, pp. 404-409.

2. Hunter, John, The Genealogy of Gynaecology, 2nd edition, Blakiston, 1950: J. V. Ricci, pp. 404-409.

3. De Montaux, Nicholas Chambon, The Genealogy of Gynaecology, 2nd edition, Blakiston, 1950: J. V. Ricci, pp. 404-409.

4. a. Ridenbaugh, M. Y., The Biography of Ephraim McDowell, M.D. Webster, 1890.

b. Schachner, August, Ephraim McDowell... Philadelphia and London, 1921, p. 141.

5. Schorkopff, Justus Theodore, The Genealogy of Gynaecology, 2nd edition, 1950: J. V. Ricci, pp. 404-409.

6. Theden, Johann C. A., The Genealogy of Gynaecology, 2nd edition, Blakiston, 1950: J. V. Ricci, pp. 404-409.

CESAREAN SECTIONS FOR CEPHALOPELVIC DISPROPORTION AFTER PREVIOUS VAGINAL DELIVERIES*

*JOSE B. DÁVILA, M.D.***

and

*GUSTAVO RIVERA-AYALA, M.D.***

Nature has intended that women should deliver their children vaginally. It is only occasionally that a woman is not able to deliver her baby by the vaginal route because of disproportion between the passenger and the passage. When this happens, it generally occurs in women who are having their first baby. It is only rarely that it occurs in women who have already delivered vaginally, although it does occur more frequently than is expected. We were surprised that in reviewing the literature, not a single article was encountered which discussed this particular subject.

Because it is rare to encounter difficulty with pelvic deliveries following previous normal vaginal deliveries, many physicians presume that safe passage of one baby through the pelvis, immediately guarantees safe passage of any number of babies through that same pelvis. Apparently this is why many physicians fail to reevaluate the pelvis once a woman has delivered vaginally. Similarly, it explains why in records of prenatal physical examinations one so frequently finds the following statements: Adequate pelvis — multipara; pelvis adequate for delivery of baby weighing X-pounds, pelvis tested by delivery of baby weighing X-pounds.

In order to determine the exact frequency and to study the factors that influence this obstetrical complication, the following study was carried out.

CLINICAL MATERIAL

The material in this study is composed of all patients delivered at the San Juan City Hospital in the five-year period covering July 1952 to June 1957. During this period of time there were 21,140 deliveries. Of this grand total, 5,972 patients were primiparas and 15,168 were multiparas, a ratio of about 2:5. Out of these 21,140 deliveries there were 680 patients delivered by Cesarean section, a percentage of 3.2. Of these 680 Cesareans, 222, or 32.65% were done because of cephalopelvic disproportion. This is the second most frequent indication for section, being exceeded only by the cases of previous cesarean sections, of which there were 278. Of these 222 sections done for cephalo-pelvic disproportion, 23 of them, or 10.36% were performed in patients after pre-

* This paper was presented at the Annual Meeting of the Puerto Rico Medical Association, November, 1957.

** From the Department of Obstetrics and Gynecology, San Juan City Hospital, San Juan, P. R.

vious vaginal deliveries. Please notice that only 23 sections were performed for cephalopelvic disproportion among 15,168 multiparcus patients, **a percentage of 0.15%**. On the other hand, out of 5,972 primigravidas, 199 were sectioned for cephalopelvic disproportion, a percentage of 3.33. Comparing these two percentages one gets the idea that Cesarean sections due to cephalo-pelvic disproportion in multiparas is an extremely rare condition (only 0.15% or 1 for every 667 multiparas). But if we look at it from the point of view of Cesarean sections performed for cephalopelvic disproportion, we have that one out of every ten sections is performed in patients who have had previous vaginal deliveries.

The ages of the patients ranged from 16 to 47 years, the average being 30 years. There were 8 patients between the ages of 16 and 25, 12 patients between the ages of 26 and 35, and 3 patients above the age of 36. (Table 1)

TABLE 1: COMPARISON OF THE CONDITION AND THE WEIGHT OF THE HEAVIEST PREVIOUS BABY WITH THE BABY DELIVERED BY CESAREAN SECTION

Initials	Age	Parity	Weight of heaviest baby	Type of delivery	Condition of baby	Weight of this baby	Cond of this baby
F. A.	34	G2P1	N. A.	N. A.	Died two days old	9 lbs. 8 oz.	Good
I. R.	22	G2P1	8 lb. 2 oz.	Low Forc.	Good	9 lbs. 12 oz.	Good
M. R.	24	G3P1Ab1	7 lbs. 8 oz.	Spont.	Good	8 lbs. 10 oz.	Good
S. F.	47	G10P9	8 lbs. 11 oz.	Spont.	Good	7 lbs. 13 oz.	Good
G. J.	29	G2P1	5 lbs. 10 oz.	Spont.	Stillborn	5 lbs. 8 oz.	Good
R. N.	23	G4P3	7 lbs. 11 oz.	N. A.	Stillborn	7 lbs. 6 oz.	Good
A. D.	24	G4P3	6 lbs. 2 oz.	Partial Br. Extr.	Poor	7 lbs. 6 oz.	Good
A. T.	29	G4P2Ab1	3 lbs. 8 oz.	Spont.	Good	4 lbs. 7 oz.	Good
M. M.	30	G5P4	7 lbs. 2 oz.	Spont.	Good	7 lbs. 9 oz.	Good
J. E.	18	G2P1	7 lbs. 3 oz.	Spont.	Good	9 lbs.	Good
C. V.	25	G2P1	5 lbs. 6 oz.	Partial Br. Extr.	Good	6 lbs. 2 oz.	Good
M. C.	16	G2P1	6 lbs. 5 oz.	Spont.	Stillborn	7 lbs. 3 oz.	Good
F. P.	28	G4P3	7 lbs. 4 oz.	Low Forc.	Good	7 lbs. 8 oz.	Good
M. R.	32	G10P8Ab1	8 lbs. 3 oz.	Spont.	Good	10 lbs. 7 oz.	Good
A. A.	33	G4P3	7 lbs. 2 oz.	N. A.	Good	7 lbs. 13 oz.	Sitllborn
M. G.	35	G6P5	7 lbs. 11 oz.	Mid. Forc.	Good	7 lbs. 12 oz.	Good
G. B.	39	G5P4	7 lbs. 8 oz.	Spont.	Good	7 lbs. 14 oz.	Good
C. M.	40	G8P5Ab2	8 lbs. 6 oz.	Spont.	Good	8 lbs. 1 oz.	Good
C. R.	27	G2P1	7 lbs. 14 oz.	Spont.	Good	7 lbs.	Good
M. R.	24	G4P3	7 lbs. 6 oz.	Spont.	Good	8 lbs. 2 oz.	Good
N. B.	29	G8P3Ab4	8 lbs. 9 oz.	Spont.	Good	8 lbs. 12 oz.	Good
S. J.	35	G2P1	7 lbs.	Spont.	Good	8 lbs. 9 oz.	Good
A. R.	30	G5P4	8 lbs. 12 oz.	Spont.	Good	9 lbs. 12 oz.	Good

The parity ranged from a minimum of gravida II para I, to a maximum of gravida X, para IX.

The type of delivery which preceded the section was as follows: vertex-15, low forceps 2, mid forceps-1, partial breech extraction-2, and NA (no information available)-3.

The interval between the last vaginal delivery and the date of the section ranged between 1 and 18 years, with an average of about 4 years.

The weight of the previous heaviest baby ranged from 3 pounds 8 ounces to 8 pounds 11 ounces. Compare this weight with the weight of the babies delivered by cesarean section which ranged from 4 pounds 7 ounces to 10 pounds 7 ounces. It is worthwhile mentioning here that not all the babies delivered by Cesarean section (as would be expected) weighed more than the heaviest baby delivered vaginally by the same patient. There were four exceptions in this series.

The total length of labor in the preceding vaginal delivery ranged from 2 to 27 hours, whereas, the length of labor prior to the section ranged between 1½ hours to 36 hours.

Let us compare the condition of the babies at birth. Of the 23 babies delivered vaginally, immediately before the pregnancies terminated in Cesarean, 18 were in good condition at birth, 2 of them were in poor condition (one of which died when two days old), and the other three babies were stillborn, giving a perinatal mortality of 4 out of 23, or 17%, which is definitely too high a percentage. On the other hand, 22 out of 23 babies delivered by cesarean were in good condition at birth and one of them was stillborn. We have selected this case plus two others to be discussed in detail.

Case No. 1

This is a 33 year-old gravida IV, para III, whose last menstrual period had been on February 5, 1955 and the expected date of confinement November 12, 1955. She was admitted to labor room on November 5, 1955 at 10:30 A.M., with a history of having abdominal pains at home for the past three days. Her largest baby had weighed 7 pounds 2 ounces at birth. Fetal heart sounds were heard on the right lower quadrant. Rectal examination showed cervix 3 to 4 cms. dilated at station 0. Membranes were intact and the presenting part was thought to be a breech at that time. At 10:15 P.M., that is, about 12 hours after admission, a vaginal examination was performed. Presentation was vertex, right occipito-transverse, station −2, dilatation of cervix 6 to 7 cms. and fetal heart sounds were 180 per minute at the

right lower quadrant. The impression then was that the pelvis was too small for this baby. X-ray pelvimetry was ordered, membranes were ruptured. Report of X-rays by radiologist was: "Single fetus in vertex presentation (right occiput anterior) without cephalopelvic disproportion". Patient was again examined vaginally at 11:15 P.M. and found to be 9 cms. dilated, still at -2. It was decided to give patient two more hours of labor watching fetal heart sounds carefully and if not deliverable by then, to proceed with cesarean section. At 2:00 A.M. a low cervical cesarean section was performed. A stillborn male infant weighing 7 pounds 13 ounces was delivered in spite of the fact that fetal heart sounds had been present immediately prior to operation.

Case No. 2

This is a 40 years old, gravida VII, para V, abortions II. Her last menstrual period had been on August 20, 1956 and the expected date of confinement was May 27, 1957. She was admitted to labor room on June 3, 1957 at 8:00 P.M., with a history of being in labor since 5:00 P. M. Her heaviest baby had weighed 8 pounds 6 ounces. The interval from the last delivery to the section was 6 years. Membranes were intact. Rectal examination showed the presenting part to be vertex, at station -2 and the cervix 2 cm. dilated. On June 4, at 4:31 P.M., because of slow prograss and irregular pains, a vaginal examination was performed. The cervix was 3 cm. dilated, head found floating and the patient was not thought to be in active labor. Pelvis seemed adequate at that time. At 8:30 A.M. the next day (June 5th) another vaginal examination was performed because patient had ruptured membranes spontaneously in bed at 8:00 A.M. Cervix was 4 cm. dilated. Position R.O.T. at station -2. The cervix was edematous and the amniotic fluid was heavily stained with meconium. Another examiner was of the opinion that the pelvis was small at the inlet. X-ray pelvimetry was ordered. The fetal heart sounds were still normal. The X-rays films were reviewed and it appeared that vaginal delivery was possible. The written report of the radiologist later was "single large fetus in vertex presentation, full term, presenting disproportion at the midpelvis". It was decided to give her 5 hours of labor after rupture of membranes, watching fetal heart sounds carefully. At 1:00 P.M. there was no progress so a low cervical cesarean section was performed at 2:00 P.M. and an 8 lbs. 1 oz. baby boy was delivered under spinal anesthesia.

This case was presented to show that probably her 8 lb. 6 oz. baby previously delivered vaginally in good condition was not weighed correctly.

Case No. 3

This is a 24 yr. old Gravida IV, Para III whose last menstrual period had been on April 28, 1956 and the expected date of confinement was February 5, 1957. She was admitted to labor room on February 10, 1957, at 9:30 A.M. Her largest baby had weighed 7 lbs. 6 oz., delivered at this hospital in November, 1952. Rectal examination showed the cervix 3 cm. dilated and the vertex floating. Fetal heart sounds were present in the left lower quadrant. Uterine contractions were mild and irregular. A vaginal examination nine hours later showed the cervix 6-7 cm. dilated, the presenting part still floating and the pelvis was found to be contracted. X-ray pelvimetry was ordered and report by radiologist was "Flat type of pelvis with very evident disproportion at the inlet." Low cervical section was performed and an 8 lb. 2 oz. baby was delivered under spinal anesthesia.

This case was presented to show the cephalo-pelvic disproportion so obvious for an 8 lb. 2 oz. baby and thru this same pelvis a 7 lb. 6 oz. baby had been born spontaneously in good condition.

COMMENTS

Twenty three patients in whom cesarean section had to be performed in spite of the fact that they had had vaginal deliveries before, may not be too impressive among a total number of 21,140 deliveries. Nevertheless, every year in our service 4 to 5 patients will be sectioned because of the above mentioned reason. If these patients are not promptly evaluated, the fetus will either die in utero or be born in very poor condition.

Most of the babies delivered by Cesarean section were larger than the largest baby delivered vaginally, accounting for the cephalo-pelvic disproportion. But, as we mentioned before, there were four exceptions to this series. Three possible explanations can be given: (1) In a borderline pelvis, if the difference in weight of the two babies is only a few ounces, the previous heavier baby may have been born vaginally in very poor condition, or dead, after a very difficult labor (2 cases in our series). (2) Presentation and position may be different, i.e. occiput posterior or breech (1 case). (3) Weight of previous baby may have been incorrect (one probable case).

Our figures indicate that 4 out of 23 patients lost their babies during their previous vaginal delivery. All these patients had babies in good condition when delivered by cesarean section. This suggests that perhaps these four patients would have had live babies if delivered by cesarean section at that time.

Contrary to what is generally thought, the grand multiparas are not exceptional cases in this particular situation. In our series, 5 patients were gravida VI or over.

We realize that this is an unusual situation but in order not to neglect anyone of these cases our policy at the San Juan City Hospital has been as follows: (a) At the prenatal clinic all patients undergo an obstetrical history and physical examination with careful evaluation of the pelvis, (b) Any multipara who is admitted to the labor room with a floating vertex or a malpresentation, is evaluated by sterile vaginal examination; if there is any doubt in the examiner's mind, consultation including X-ray pelvimetry is obtained, (c) All patients, whether multiparas or primiparas who have been in the hospital for 12 hours and have not delivered, are similarly evaluated, (d) Any multipara, who develops the so-called secondary inertia, is similarly evaluated, (e) All multiparas who are in good labor for 15 to 30 minutes after full dilation and have not delivered, are carefully evaluated for a decision as to method of delivery.

In summary, we want to emphasize that the possibility of vaginal delivery does not depend only on the relationship of a head to a pelvis. Many other factors are involved. In a patient who has delivered vaginally, subsequent pregnancies will not always terminate vaginally. Since obstetrics is full of deceptions, there is perhaps one safe policy the obstetrician should always follow, that is, to manage all the patients as if they were delivering for the first time.

ASPECTOS PEDIÁTRICOS DEL RETRASO MENTAL*

*D. MENDEZ-CASHION, M.D.***

Nuestros logros contra las enfermedades agudas de la niñez hacen más obvias nuestras limitaciones en el tratamiento de los desórdenes del sistema nervioso. Una proporción cada vez mayor de casos, especialmente en los centros diagnósticos de niños, consiste en pacientes cuya incapacidad primaria es del sistema nervioso. Se consulta al pediatra cuando hay sospecha de retraso, dificultad en aprender, quejas neuromusculares, o desórdenes de la conducta.

Es preciso que el médico conozca el desarrollo normal, para que pueda evaluar el significado de las desviaciones. El pediatra toma en cuenta los impedimentos físicos que puedan dar la impresión errónea de retraso mental, tales como defectos visuales y auditivos, distrofia muscular y otros defectos motores, malnutrición marcada, o enfermedades debilitantes. A menudo estos defectos están asociados con verdadera incapacidad mental. Sean causas primarias o sólo factores contribuyentes, su tratamiento puede mejorar las perspectivas. El pediatra busca también evidencia de síndromes en los cuales, si el tratamiento es precoz, mejora el pronóstico. El estudio comprende un historial y examen físico minuciosos, incluyendo examen neurológico y oftalmológico, aquellos procedimientos de laboratorio y radiológicos que estén indicados en el caso, y consultas con otros especialistas en la materia.

A base de nuestros conocimientos actuales, la investigación más cuidadosa nos deja, en la mayoría de los casos, sin tratamiento específico que ofrecer. El pediatra entonces ayuda a la familia a aceptar el diagnóstico, y a trazar los planes para el cuidado del niño. Debe conocer los recursos de la comunidad, y las reacciones emocionales de los padres ante este diagnóstico. El ajuste puede tomar algún tiempo durante el cual el médico debe continuar accesible.

Casi inmediatamente surge una pregunta: ¿por qué ocurrió el defecto? Nos la preguntan los padres, y nos la preguntamos nosotros mismos. Pocas veces podemos contestar con precisión. Resumamos nuestros conocimientos, y las áreas en que se busca la respuesta.

---

* Trabajo presetado ante la Asociación de Psicólogos de Puerto Rico, como parte de un panel sobre Retraso Mental, el 23 de mayo de 1958.

** Catedrática Auxiliar de Pediatría, Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico.

Las diligencias que se hacen por dilucidar los factores prenatales en el retraso mental, incluyen las causas de los defectos hereditarios, las anomalías congénitas, el mongolismo y de la amencia primaria. Se trata de poner en claro el papel que juegan, en tiempo, lugar e intensidad, factores tales como metabolismo genético, balance hormonal, radiaciones, nutrición y anoxia maternas, así como también las infecciones sistemáticas durante el embarazo, especialmente las virales.

La investigación del deterioro mental perinatal ha demostrado la importancia que tienen aquellas medidas hacia la mejor atención prenatal, la buena práctica obstétrica, y la prevención de la premadurez. El pediatra puede ayudar a reducir la incidencia del daño cerebral en el prematuro y recién nacido mediante su participación en el manejo de problemas como los desórdenes hemorrágicos, las dificultades respiratorias y la ictericia.

Como clínico, me interesa además la prevención del daño postnatal. Podemos abordar el problema del daño postnatal de la siguiente manera.

En primer lugar, determinar aquellos casos para los cuales conocemos algún tratamiento específico que a veces puede mejorar el pronóstico. Ejemplos son el hipotiroidismo, la galactosemia, la obligofrenia fenilpirúvica, y condiciones quirúrgicas como la craneostenosis, el hidrocéfalo y el hematoma subdural crónico.

Otro recurso consiste en la inmunización contra las enfermedades agudas de la niñez, que pueden complicarse con encefalitis, o la modificación de algunas de ellas mediante el uso de la gamma globulina. Ejemplos son la inmunización contra la tos ferina en la primera infancia, y el uso de la gamma globulina para modificar el sarampión, lo cual también reduce la incidencia de la encefalitis secundaria. Se trabaja en el desarrollo de vacunas contra el sarampión y las paperas.

La clase médica estudia cada día con más interés los agentes causales de las encefalitis virales primarias. Se busca aquellos virus aún no determinados, y la terapia específica. Mientras tanto, observaciones clínicas sugieren la posibilidad de la eficacia del tratamiento con esteroides.

El manejo precoz y adecuado de las meningitis purulentas, más una actitud vigilante hacia las complicaciones, en especial la de efusión subdural, reduce la incidencia de secuelas neurológicas. Como profiláxis se está tratanto la infección primaria tuberculosa en ciertas edades en que es más frecuente la complicación meningítica, aún antes de que se manifieste clínicamente.

La buena nutrición en el niño constituye, de manera indirecta, una base protectora en caso de enfermedad aguda, ya que es primordial a la integridad anatómica y funcional.

En el contacto diario con enfermedades sistémicas, ha sido nuestra experiencia que condiciones tales como el shock, la anoxia, la hipoglicemia, la hipertemia, las convulsiones prolongadas o recurrentes, los desbalances electrolíticos y deshidratación intensa, están asociadas con el deterioro mental. Lesiones vasculares, como la permeabilidad capilar aumentada en estados de stress, la trombosis y el embolismo, pueden causar complicaciones neurológicas. Hemos diagnosticado varios casos de efusión subdural asociados con gastroenteritis severas. En Puerto Rico, donde la gastroenteritis aguda es la causa principal de muerte en la infancia, es lógico asumir que haya entre los sobrevivientes un número de personas en quienes esta enfermedad redujo la capacidad mental innata.

Los accidentes en los niños son tan frecuentes que son nuestra segunda causa de muerte en la niñez. Los accidentes no fatales son aún más corrientes. A menudo conllevan trauma cerebral, con residuos. Otro riesgo común para el niño, incauto por su inmadurez, es el envenenamiento accidental, a menudo con substancias que se dejan al alcance de los niños por no considerarse nocivas. La lista de agentes tóxicos es demasiado extensa para reseñarla aquí. Probablemente, el agente más común en Puerto Rico lo sea la Kerosina, o "gas" que se usa para cocinar, pero últimamente también están ganando importancia los insecticidas y otros materiales cuyo uso principal es alivianar el trabajo en el hogar. Hemos visto varios casos de encefalopatía debido al envenenamiento crónico con plomo, en niños que tienen el vicio de comer pintura. Es preciso despertar la conciencia pública hacia la prevención de los golpes en la cabeza y el envenenamiento accidental.

Nuestra lucha con la muerte tiene a veces sólo éxito parcial. Según aumenta nuestro arsenal terapéutico contra enfermedades severas, que antes hubieran sido fatales, algunos sobreviven a pesar de cambios anatómicos y funcionales en las células nerviosas. Ya que no tenemos medios hoy día para mejorar la dote intelectual después de ocurrido el daño, nuestro empeño en preservar la integridad cerebral debe marchar en paralelo con nuestro celo en mantener la vida.

ARTIFICIAL INSEMINATION

JORGE A. HERETER, M.D.
Hato Rey, P. R.

Sterility has been found to be the chief complaint in a large number of Puerto Rican females who seek gynecological consultation in private practice. In a five year period 307 patients with an infertility problem have sought advice. Of these, after a complete investigation of both partners had been carried out, 38 were found to be sterile because of an inadequate male partner and/or faulty insemination of the cervix (patients in whom the post-coital test failed to give satisfactory data). Seven of these cases were labeled hopeless due to irremediable azoospermia. Adoption was advised to them and one, who asked for donor insemination, was told that we do not provide such a service. Artificial insemination, using husband's semen, was advised to the remaining thirty-one patients. Of these, five refused that procedure because of religious scruples when told that semen had to be collected by masturbation. The remaining twenty-six were subjected to artificial insemination as indicated in tables I and II. On an average, each woman was inseminated twice each menstrual cycle during the fertile period.

We have also subjected another smaller group of patients to insemination. However, as other impediments to conception were

TABLE I — NORMAL SEMEN

Case No.	Cycles Treatments	Result	After Treatment ended
1	1	child	0
2	1	0	0
3	9	0	adopted
4	1	0	?
5	4	child	0
6	3	Premature stillborn	0
7	14	0	adopted
8	1	0	0
9	7	child	child
10	1	0	?
11	3	abortion	abortion
12	2	0	?
13	1	0	?
14	1	0	0
15	8	0	adopted
16	1	0	0
17	12	0	0
18	7	0	0

TABLE II		SUBFERTILE SEMEN	
Case No.	Cycles Treatments	Result	After Treatment ended
1	5	0	?
2	15	0	adopted
3	2	0	?
4	7	abortion	0
5	1	0	0
6	8	child	0
7	5	0	?
8	2	0	?

found in the female partner during the course of the diagnostic survey, such as anovulation and tubal occlusion, which needed correction, it was not included in this preliminary report. A later presentation of both series of cases will be made.

PROCEDURE

Semen is collected by masturbation into a sterile 10 mm. syringe which had been previously attached to a trigger cannula and flushed with sterile saline solution. The barrel is then inserted, the syringe unlocked and by gentle pressure the semen is brought to the tip of the cannula. A bivalve speculum without lubricant is introduced and the cervix fully exposed. The tip of the cannula is introduced just inside the external os and the semen is released very slowly. The patient remains in the lithotomy position, with the foot of the table elevated, for a period of twenty minutes. This technique is used one day earlier than the accepted time for ovulation and repeated on the following day.

Above technique was employed in our twenty-six patients for a total of 120 cycles. There were seven pregnancies with four living children, one premature stillborn and two spontaneous abortions as the final result. One of these last patients had another spontaneous abortion thirteen months after cessation of treatment. Of the four patients who had successful pregnancies one conceived normally after delivery of her child, and went through another successful pregnancy. Of the other three one is being inseminated at the present time.

It is interesting to note that eight patients did not return for further treatment after the first insemination and that only three submitted to twelve or more. Therefore, before insemination

is attempeted there must be acceptance by the barren couple of the following:

1) Procedure must be carried out for at least twelve consecutive menstrual cycles.
2) Less than fifty percent chance of successful pregnancy as a result.

CONCLUSIONS

1) The use of homologous artificial insemination has in all probabilities helped conception occur in seven instances herein reported.
2) This procedure is not contrary to good morals and should always be used, when indicated, to meet a human need and desire as is parenthood.

OBSERVATIONS ON THE NATURE OF GREAT BARRACUDA FOOD POISONING ENCOUNTERED IN PUERTO RICO

ALFONSE T. MASI, M.D., ROLANDO ARMIJO, M.D., M.P.H.,** RAFAEL A. TIMOTHEE, M.D., M.S.P.H.****

The rather unusual occurrence of ichthyosarcotoxism was encountered in two separate families of a small municipality of Puerto Rico. The term refers to intoxication resulting from the flesh of poisonous fish. Investigation of the incident revealed the following history:

On the afternoon of February 14, 1958 the owner of a food store in the town of Comerío bought two "picua" (great barracuda, or Sphyraena barracuda) weight 15 and 14½ pounds respectively from a travelling fish merchant who sold the fish from an ice truck. The fish was reputedly freshly caught on the southern coast (near Salinas) but the specific details of its handling could not be obtained. Immediately after purchase both fish were placed in a properly functioning food refrigerator. On the following morning the owner freshly cut the 14½ lb. fish to sell a portion to a family of the municipality. The second customer living in a sub-urban area bought one pound of the same fish shortly thereafter. Both customers returned to their homes within fifteen minutes and placed the fish in refrigerators.

At noon the first family had lunch which included adequately fried barracuda. Four members of this household consisting of the father, 25 yrs, mother, 22 yrs, son, 3 yrs, and younger son, 2 yrs, who had eaten barracuda became intoxicated. The daughter 2½ yrs., who abstained from fish but consumed the other items did not suffer symptoms. The severest case and the most rapid onset occurred in the father who ate 2 portions of fish. Within one hour he noted abdominal pain, faintness and painful sensations of the extremities which progressed and at two hours he began experiencing nausea, vomiting and mucoid diarrhea but no fever or chills. These continued until hospitalization at four

---

* Edidemiologic Intelligence Officer, Communicable Disease Center, Department of Health, Education and Welfare.
Assistant Epidemiologist, Commonwealth Health Department, Puerto Rico.
Associate in Epidemiology, University of Puerto Rico - Medical School, San Juan, Puerto Rico.

** Associate Professor of Epidemiology, University of Puerto Rico, Medical School, San Juan, Puerto Rico.

*** Chief of the Bureau of Communicable Disease Control, Commonwealth Health Department, Puerto Rico.
Assistant Professor of Public Health Practice, University of Puerto Rico, Medical School, San Juan, Puerto Rico.

hours post ingestion. He was treated with i.v. fluids and stimulants, amphogel every ½ hour, and three i.m. injections of antispasmodics including atropine and pentyl hydrochloride. He was allowed home four hours later. The following morning he was well except for mild abdominal pain. The wife, who had eaten less than one portion, had similar although milder symptoms than the husband which lasted only four hours and began six hours after eating. The two sons had a similar course with onset of illness two and three hours after eating. The more abrupt onset occurred in the younger son who ate relatively more fish than the brother, (one half portion). The duration was four hours in the younger and six hours in the brother.

The second family of eight members had fried picua served at five P.M. of the same day. The grandfather 61, grandmother 54, a son of 18, a daughter of 16, a grand daughter of 11, and a younger grand daughter of 8 years of age who had all consumed fish suffered symptoms whereas two adult daughters who abstained from eating fish did not experience any illness. The grand parents who each had one portion had the severest symptoms beginning four hours after ingestion and consisting of nausea, vomiting, mucoid diarrhea, abdominal pain, faintness and painful sensations of the extremities with no fever or chills. The illness persisted throughout the night, requiring medical consultation the following morning. The acute symptoms subsided during the second day but the painful sensations of the extremities lasted four days in both cases. The son, daughter and older grand daughter who had consumed equivalent amounts of fish (½ to ¼ portions) had milder symptoms than the grand parents which also began at four hours after ingestion and lasted twelve hours. The youngest grand daughter who merely "tasted" the fish had only abdominal pain and slight pain in the extremities for ten hours after a twenty hour incubation period.

No secretions or excretions of the patients were available for laboratory analysis, nor were there remains of the fried fish, however, the cut barracuda which remained under refrigeraton was delivered to the Commonwealth Health Department laboratories. Bacteriologic analysis was negative for pathogenic aerobes and anaerobes. Chemical analysis for metallic poisons and traces of alkaloids was negative. A specific copper analysis of muscle was also negative.

Animal feeding experiments done in the School of Medicine of the University of Puerto Rico with muscle tissue of the great barracuda which poisoned ten persons resulted in the following findings. Two apparent healthy adult cats whom together consumed one pound of the raw poisonous fish vomited at two hours.

Superficial sensory reflex loss in the four extremities with hind leg paralysis was noted at twenty-four hours. These signs contitinued for 72 hours in one cat and for eight days in the second. Two control cats ate one pound of raw barracuda which had no history of intoxicating persons and the animals exhibited no side effects. Reversing the meals resulted in refusal of the non-toxic barracuda by the originally intoxicated cats. Two additional cats were fed this fish with no ill results. One of the two control cats which together consumed **one-half** pound of the poisonous fish showed the previously described intoxicating symptoms. The hind leg weakness lasted for 72 hours in this instance.

DISCUSSION

Shewan and Liston[1] have classified food poisoning caused by fish and fishery products into two large classes:

A.—Poisoning resulting from the normal hazards in handling and distribution and,
B.—Poisoning in which fish are especially incriminated.

The latter class was sub-divided into three categories:

(1) Botulism type E.
(2) Poisoning associated with normal processes of spoilage (non-bacterial) and,
(3) Poisoning associated with absolutely fresh fish.

It is the latter sub-division which concerns this report. This type of intoxication is non-bacterial and caused by certain known species of fish in the temperate zones, the mediterranean zone and the sub-tropical and tropical zones. Halstead and Lively[2] have classified poisonous fish found in sub-tropical and tropical zones according to the type of poisoning. There are three groups: Puffer poisoning including Porcupine fish, Puffer fish and Moray eel; Ciguatera poisoning caused by Parrot fish, Seabass and Trigger fish; and finally Scomber poisoning including the Horse mackerel, and Barracuda, (Sphyraena barracuda). Paetro[3] reported four distinct family intoxications resulting from Sphyraena barracuda occurring in Broward County, Florida from May 13, to August 24, 1954. The symptoms were similar to those described by Halstead. The duration of illness was considerably longer than in the patients encountered in Puerto Rico, extending up to several weeks in one family of five. Animal experimental studies done on the flesh revealed the flesh to be fatal for cats and mice. Many theories have been offered to explain why the consumption of

Barracuda is at times poisonous but none are conclusive. Further research appears warranted with regard to the factors that cause the flesh of sometimes edible fish to become poisonous, and methods by which poisonous fish can be recognized.

ACKNOWLEDGEMENT

The authors wish to express their gratitude to the following personnel of the Comerío Health Center for their cooperation in in the investigation: Dr. Domingo Pérez Ortiz, Dr. Ramón Piñero and Sr. Manuel Santiago López.

REFERENCES

1. Shewan, J. M., and Liston, J.: A review of food poisoning caused by fish and fishery products; Journal of Applied Bacteriology 18, 3 Dec. (1955), 522.

2. Halstead, B. W., and Lively, W. M.: Poisonous fishes and ichthyosarcotism, U. S. Armed Forces Med. J. 5, 157 (1954).

3. Paetro, S., Food Poisoning Caused by the Great Barracuda, Public Health Report 71, 9 Sept. '56, 933.

EDITORIAL

EL MEDICO HUMANISTA

Es difícil, en una época caracterizada por la extrema importancia que se le ha dado a los valores materiales, desarrollar el tema del médico humanista. Los Albert Schwitzer son la excepción en vez de la regla, el dinero se considera un fin antes que un medio de intercambio, la humanidad ha olvidado su naturaleza esencialmente humanista y se ha dado a los excesos materiales. El mal no es solo de nuestra profesión, sino de la humanidad toda, pero lo que nos preocupa en este momento son las manifestaciones de esa tendencia materialista en nuestra profesión.

El médico tiene como tal, la misión de hacer uso de todo su caudal de conocimientos para aliviar los males que aquejan al enfermo. En el cumplimiento de esta misión no creo que sean muchos los que se hayan desviado del propósito principal de curar. La gran diferencia entre el médico humanista y el otro médico no se encuentra en el afán ese que se convierte en obsesión de curar al enfermo. Para muchos médicos el curar un enfermo no es más que el medio de demostrar sus conocimientos y habilidad a la humanidad y, por ende, el medio de obtener mayor clientela y mejores beneficios aunque en el caso particular que estén tratando no tengan buenas ganancias. Al médico humanista no le preocupan las consecuencias materiales que su trabajo pueda tener para hacerlo más rico o menos pobre en el futuro. Al médico humanista le preocupa cada caso y cada paciente por sus circunstancias y características sin proyecciones materiales ulteriores. Su único fin y propósito al poner manos a la obra es curar o mejorar al enfermo. Las consecueuencias ulteriores no le preocupan.

El médico humanista ofrece sus servicios sin pensar en la compensación que ha de recibir por ello y le sirve tanto y tan bien al encopetado millonario por la consulta como al infeliz que no puede pagar. El médico humanista vive para servir a la humanidad y no se sirve de la humanidad para obtener mejor posición económica o social. Y para terminar queremos señalar el lema de la sociedad médica de honor nacional, el cual queremos sea el lema de todos los buenos médicos del mundo, "Ser acreedor de servir al que padece".

SECCION ADMINISTRATIVA

CARTA MENSUAL DEL PRESIDENTE

Segunda Reunión Ordinaria de la Cámara: La segunda reunión ordinaria de la Cámara de Delegados del año en curso se celebrará en el domicilio de nuestra Asociación el SABADO, 16 de agosto, a las 3:00 de la tarde.

En dicha ocasión esperamos traer a la consideración de los compañeros delegados asuntos de gran trascendencia. Suplicamos a los miembros de la Cámara, tanto a los delegados en propiedad como a los delegados suplentes, anoten esta fecha en su calendario para que no falten a dicha reunión.

❖ ❖ ❖

Llamamiento Urgente Renuncia Contratos: Deseamos recordar a la matrícula nuestras cartas circulares del 19 y el 26 de julio, en la cual les informábamos de los útimos acontecimientos en relación con La Cruz Azul de Puerto Rico.

Una vez más exhortamos a los miembros de nuestra matrícula a no firmar el nuevo contrato que ha hecho circular La Cruz Azul de Puerto Rico y que inmediatamente escriban renunciando el contrarto anterior o el nuevo contrato si es que ya lo han firmado. Le agradeceremos a los compañeros que escriban renunciando el contrato que nos envíen notificación de dicha renuncia, de manera que podamos contar en nuestras oficinas con estadísticas válidas en relación a este asunto. Sugerimos a los compañeros que al enviar su carta de renuncia especifiquen que la misma tendrá efecto a partir de un año de la fecha de la misma.

❖ ❖ ❖

Posición de la A.M.P.R. Respecto a Regionalización: Ha llegado el momento de que todos los compañeros comprendan a cabalidad cuál es y será la norma oficial de nuestra Asociación respecto al programa de Regionalización. Para mejor entender el problema se hace necesario conocer exactamente lo que ha aparecido publicado sobre el tema en varios folletos auspiciados por el Departamento de Salud y la Fundación Rockefeller. Un estudio de este material deja ver a claras luces que el programa de coordinación e integración de servicios médico-quirúrgicos y hospitalarios contemplado dentro de Regionalización es uno de aspecto global para toda la población del área geográfica que se regionalice

y que por lo tanto vendría a constituirse en medicina socializada y compulsoria.

Hasta tanto se exprese categóricamente que el concepto de Regionalización abarcará única y exclusivamente los servicios para pacientes indigentes e instituciones gubernamentales dedicadas única y exclusivamente para esos servicios, la Asociación Médica de Puerto Rico no podrá considerar con buenos ojos el programa. No estamos ni estaremos en disposición de brindar nuestra copeación al mismo. Le presentaremos, a filas cerradas, una oposición firme y justa.

Vuestra Junta de Directores así lo ha manifestado al honorable Secretario de Salud y a la Fundación Rockefeller en repetidas ocasiones. Estos puntos de vista han sido una y otra vez expuestos también por el Comité Asesor de nuestra Asociación en varias reuniones que ha tenido con el honorable Secretario de Salud. En reciente viaje de vuestro presidente el asunto fué planteado directamente ante los doctores Robert F. Loeb y Warren Weaver síndicos de la Fundación Rockefeller, y ante el doctor John Bugher, Director de Investigaciones Médicas de dicha Fundación.

La Cámara de Delegados de la A.M.P.R. aprobó por unanimidad, en sesión extraordinaria celebrada el miércoles, 18 de junio ppdo., una resolución traída ante los compañeros delegados por la Junta de Directores, en la que se expresa claramente la oposición de los médicos al concepto acomodaticio que se le quiere impartir a la palabra 'regionalización'. Esta misma resolución fué llevada oficialmente por el doctor José M. Berio, delegado suplente a la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana, y por esta presidencia, ante ese cuerpo legislativo. Nuestra exposición recibió una calurosa acogida y la resolución, identificada como la número 40, fué aprobada por unanimidad en dicha Cámara de Delegados, impartiendo así un respaldo absoluto a nuestros puntos de vista sobre la situación tal como se desarrolla en Puerto Rico en la actualidad.

Creo importante que todos y cada uno de los compañeros conozcan esta resolución y por consiguiente se transcribe la misma a continuación. Aguardamos vigilantemente los acontecimientos del futuro inmediato y mantendremos a nuestra matrícula alerta e informada sobre el curso que tome este tan importante aspecto de la medicina en nuestro país.

"Whereas, Attempts are being made to organize in the Commonwealth of Puerto Rico a system of medical care known as the Reginalization Program; and

"Whereas, This system would be implemented by the Health Department, with the financial backing of the Rockefeller

Foundation and the United States Public Health Service; and "Whereas, Regionalization as planned for the Commonwealth of Puerto Rico, regardless of what name may be given to it, is in essence the socialization of medicine; and

"Whereas, This attempt to socialize medicine presents a definite threat to American Medicine; and

"Whereas, This regionalization plan is intended as the subtle spearhead of a movement to extend socialization of medicine to continental United States; and therefore be it

Resolved, That the American Medical Association House of Delegates (1) Oppose vigorously such a Regionalization Program in the Commonwealth of Puerto Rico, unless it be clearly and explicitly shown that such a program will deal with the reorganization and integration of the government facilities for the care of the indigent population **only**, without any attempt whatsoever to establish a global, socialized system of government medicine, and (2) that the Rockefeller Foundation be requested to withdraw financial and technical support for such a program unless its objectives are clearly redefined and publicly stated along the lines set forth above; and be it further

"Resolved, That copies of this resolution be sent to the Rockefeller Foundation, the State & Territorial Medical Societies, the Governor of Puerto Rico, the Secretary of Health of Puerto Rico, and the U. S. Department of Health, Education and Welfare."

❖ ❖ ❖

Sensible Fallecimiento: Es con verdadera pena que damos cuenta en esta Carta del sensible fallecimiento de nuestro querido compañero, doctor Jaime L. Fuster, acaecido el miércoles, 9 de julio, en la ciudad de Guayama.

El campañero fenecido nació en Guayama el 5 de septiembre de 1904, y se graduó de médico en la Universidad de Virginia en el año 1934, habiendo ejercido su profesión en Salinas, Arroyo, Patillas, Maunabo, Yabucoa y Guayama. El doctor Fuster fué un líder cívico en su ciudad natal, habiendo presidido el Casino Español, el Club Rotario y el Club de Leones. En el 1950 fué electo Vice-Gobernador del Club de Leones; durante los años 1944 y 1949 fué presidente de la Asociación Médica del Distrito de Guayama, habiendo demostrado siempre un gran interés en los asuntos de nuestra profesión.

Sebreviven al compañero fenecido su esposa, la señora María Luis Berlingeri y sus hijos, Jaime L. Jaime B., Iván, Roberto, Franklin y Luis, a quienes deseamos reiterar nuestra sentida expresión de condolencia.

❖ ❖ ❖

Becas para Médicos: El doctor Federico Hernández Morales, Gobernador del American College of Physicians en Puerto Rico nos ha remitido la siguiente comunicación:

"El American College of Physicians anualmente otorga distintas becas a médicos que tengan interés en continuar estudios en Medicina interna. Las solicitudes para estas becas deberán estar radicadas antes del 1ro. de octubre de 1958."

Los compañeros interesados pueden comunicarse con el doctor Hernández Morales en su oficina, 1913 Ave. Fdez. Juncos, Parada 26½, Santurce; Teléfono: 2-0814.

❖ ❖ ❖

Nota Aclaratoria: En la reseña sobre la reunión extraordinaria de la Cámara de Delegados, que publicáramos en nuestra Carta Mensual de junio ppdo., omitimos involuntariamente el nombre del doctor Federico Hernández Morales, entre los compañeros que se habían excusado por no poder asistir a dicha reunión. Sirva esta nota para corregir dicho error.

❖ ❖ ❖

Viaje Alrededor del Mundo: Nos complacemos en transcribir a continuación una nota que nos ha enviado el doctor Jesús M. Quiñones, y que sin duda alguna será de interés para algunos socios: "Viaje alrededor del mundo por conducto de "Study Abroad", auspiciado por la Oficina de Personal. 90 días por menos de $3,000, incluyendo viaje, hoteles, comidas y excursiones. Visite Hawaii, Japón, Filipinas, Indonesia, Sumatra, Java, Burma, India, Irán, Rusia, Polonia, Checkoslovaquia, Alemania, Francia, Bruselas, Roma y Madrid.

Los colegas interesados pueden comunicarse inmediatamente con el doctor Jesús María Quiñones, 1414 Ave. Fernández Juncos, Santurce, P. R.; teléfono 2-1061. La excursión dará comienzo el 1ro de septiembre próximo.

❖ ❖ ❖

Solicitudes de Ingreso por Considerar: El Comité de Credenciales de nuestra Asociación tiene bajo consideración las solicitu-

des de ingreso de los compañeros cuyos nombres aparecen más adelante. Si usted tiene alguna información que suplir diríjala al doctor A. Otero López, Apartado 9111, Santurce, P. R.

Pedro A. Borrás
Hato Rey, P. R.

Amelia Sabater de Valdés
Río Piedras, P. R.

Mario Calcagno Romano
Arecibo, P. R.

José M. Toro Vélez
Ponce, P. R.

José J. Mulero Hernández
Caguas, P. R.

Antonio González Ríos
Río Piedras, P. R.

Antonio Bauzá Hernández
Ponce, P. R.

Eduardo J. Medina
Santurce, P. R.

René Bartolomei Santaella
Ponce, P. R.

Antonio Lens Aresti
Arecibo, P. R.

Leoncio Valdés Menéndez
Río Piedras, P. R.

José R. Rodríguez Vélez
Ponce, P. R.

John Grasse, Jr.
Aibonito, P. R.

William H. Flemming
Guayama, P. R.

❖ ❖ ❖

Campaña de 1959 de USO: El presidente de la campaña de 1959 de la United Service Organization (USO) nos ha pedido exhortemos a los miembros de nuestra Asociación a cooperar en dicha campaña. Nos complacemos en transcribir a continuación parte de la carta que nos ha remitido el señor Brunner:

"I am certain that you have heard of the United Service Organizations, Inc. (USO). This is not financed by the United States Government but is supported entirely through voluntary contributions.

"The campaign this year will take place during the months of August and September and the quota for Puerto Rico is $40,000 — which is a very nominal sum to raise. This represents slightly more than $1.00 per Puerto Rican soldier serving in the Armed Forces.

"There are 25,000 Puerto Rican boys in the Armed Forces throughout the world. The morale and happiness of these boys is due in a large part to the efforts of the USO which provides entertainment, libraries, religious services and numerous other activities which in the year 1957 totalled

40,000,000 and included 49,000 volunteer workers from the United States.

"You, of course, realize that just as the men in the Armed Forces visiting Puerto Rico or stationed here are shown hospitality and their military lives made pleasanter and more rewarding, the same hospitality is extended to the Puerto Rican boys through the USO throughout the entire world.

"You contribution will be most welcome and please make your check payable to the United Services Organizations, Inc., mailing it to P. O. Box 2752, San Juan, P. R.

"Your thought and attention to this matter is greatly appreciated."

Luis R. Guzmán-López, M.D.
Presidente

QUINCUAGESIMA - QUINTA

ASAMBLEA ANUAL

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Noviembre 18-22, 1958

Locales para exhibiciones técnicas disponibles

Haga su reservación con tiempo

Bíolac...

la fórmula completa y sencilla para la alimentación infantil

BÍOLAC es una fórmula fácil de preparar, la cual satisface todas las necesidades nutritivas del lactante. Es leche pura de vaca en forma de polvo, modificada para asemejarse a la leche materna en sus características nutritivas y digestivas.

BÍOLAC contiene abundante proteína para el desarrollo vigoroso . . . un nivel reducido de grasa para fácil digestión . . . lactosa, vitaminas y hierro adicionados para dar satisfacción *completa* a las necesidades nutritivas.

Debido a que no hay ingredientes adicionales que considerar en su fórmula, BÍOLAC se prepara rápidamente con la sola adición del agua . . . la madre simplemente agrega el agua al preparar las tomas.

Recomiende BÍOLAC con absoluta confianza . . . la fórmula que por sí sola satisface *completamente* las necesidades nutritivas del lactante!

Bíolac

Bíolac

el alimento infantil completo

Para informes profesionales completos sobre BÍOLAC, sírvase escribir a

THE BORDEN FOOD PRODUCTS COMPANY

Division of The Borden Company

350 Madison Avenue, New York, N. Y., E. U. A.

Distribuidores para Puerto Rico:

PLAZA PROVISION COMPANY, Fortaleza 104, San Juan, P. R.

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

VOL. 50 AGOSTO, 1958 No. 8

ENTERED AS SECOND CLASS MATTER, JANUARY 2?, 1931 AT THE POST OFFICE AT SAN JUAN, PUERTO RICO UNDER THE ACT OF AUGUST 244, 1912.

OFICINA ADMINISTRATIVA:

Edificio de la Asociación Médica de Puerto Rico, Ave. Fernández Juncos Parada 19, Apartado de Correos 9111, Santurce, P. R.

FECHA DE PUBLICACION:

Día último de cada mes.

TRABAJOS ORIGINALES:

Los trabajos originales deben ser enviados al presidente de la Junta Editora, Apartado de Correos 9111, Santurce, P. R., o entregarse directamente en la Secretaría de la Asociación Médica, Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce. P. R.

Los originales deben venir escritos a máquina, a doble espacio.

No se devuelven originales. Los autores son responsables de las opiniones que emitan en sus artículos. Ningún artículo publicado en el Boletín podrá ser reproducido sin la previa autorización escrita del Presidente de la Junta Editora.

CITAS BIBLIOGRAFICAS:

Las citas bibliográficas deberán mencionar, en el siguiente orden de sucesión: apellido del autor; iniciales de sus nombres; título del trabajo; título del periódico (abreviado); volumen, página y año. Las citas llevarán un número de acuerdo a su orden de presentación en el texto y correspondiente a la numeración colocada al final.

Ejemplo: 1. Koppisch, E.: Pathology of Arteriosclerosis, Bol. Asoc. Med. de P. R., **46**: 505, (Noviembre) 1954.

ILUSTRACIONES:

Las fotografías que acompañen el artículo deberán estar bien presentadas. Los dibujos y esquemas deberán estar hechos en tinta negra sobre papel blanco. Todas las ilustraciones deberán estar numeradas y se deberá indicar la parte superior de las mismas. Cada ilustración deberá venir acompañada de la leyenda correspondiente.

ANUNCIOS Y SUSCRIPCIONES:

Información en relación con anuncios y suscripciones será suministrada a solicitud en la Secretaría de la Asociación. Todo material de anuncio está sujeto a la aprobación de la Junta Editora.

SUSCRIPCION:

$5.00 al año.

1. Eisfelder, H.W.: Am. Pract. & Dig. Treat., 5:778 (Oct.) 1954).

2. Sebrell, W.H., Jr.: J.A.M.A., 152:42 (May, 1953).

3. Sherman, R.J.: Medical Times, 82:107 (Feb., 1954).

METICORTEN

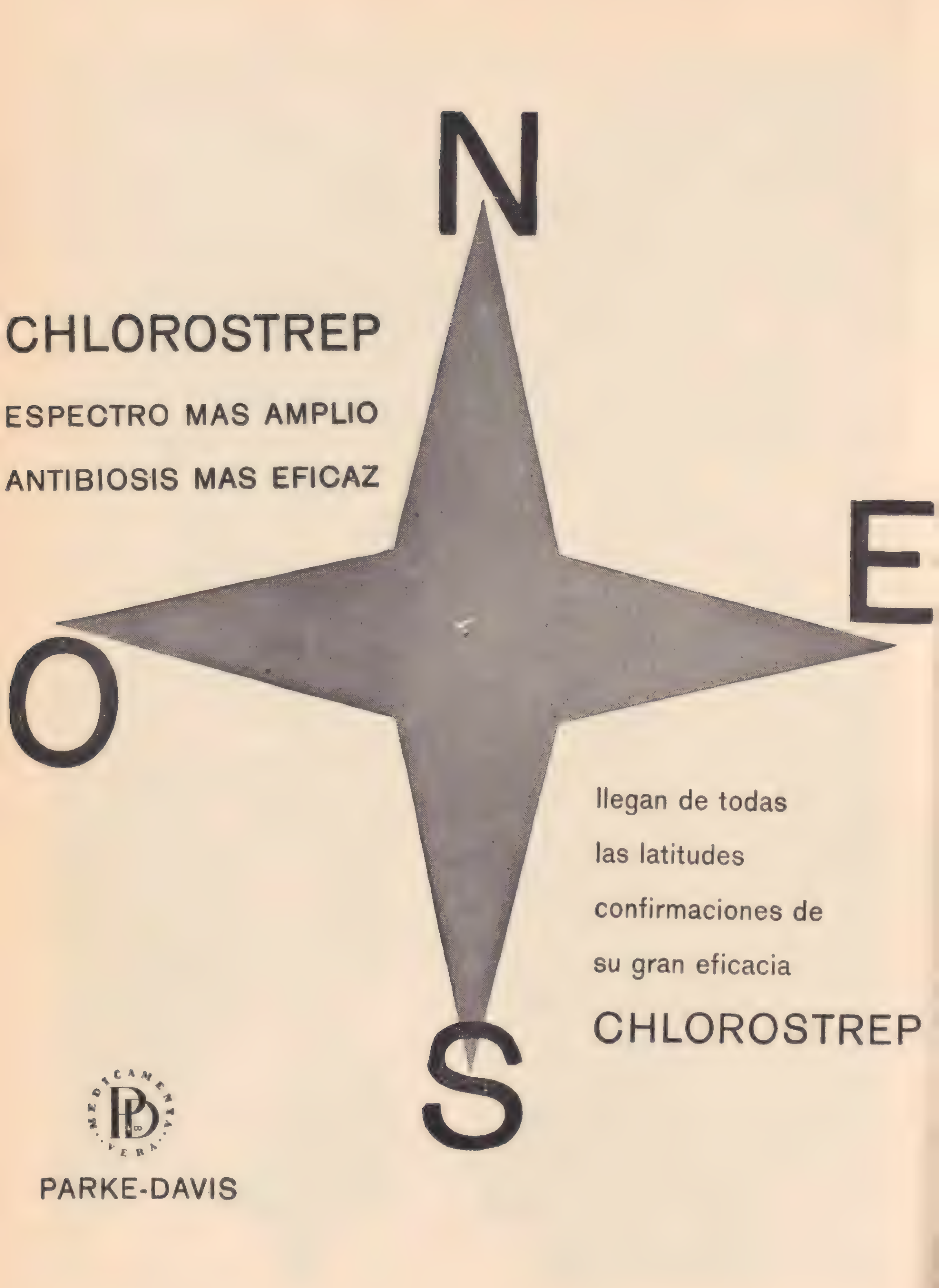
Su inicio:

Noviembre 4, 1954	INFORME SOBRE EL PRIMER ENSAYO CLINICO CON PREDNISONA Y PREDNISOLONA *Primera Sesión Científica Interina de la Asociación Americana para el Estudio del Reumatismo, Bethesda, Maryland, E.U.A.; H. Waine,* BULLETIN ON RHEUMATIC DISEASES, 5:81, 1955.
Enero 21, 1955	PUBLICACION DEL PRIMER EDITORIAL CIENTIFICO COMENTANDO SOBRE PREDNISONA Y PREDNISOLONA *J. L. Hollander,* PHILADELPHIA MEDICINE, 50:671-673, 1955.
Enero 22, 1955	SE PUBLICA EN UNA REVISTA MEDICA EL PRIMER INFORME CLINICO SOBRE PREDNISONA Y PREDNISOLONA *J. J. Bunim, M. M. Pechet y A. J. Bollet,* JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 157:311-318, 1955.
Febrero 4, 1955	SE PUBLICA EN UNA REVISTA CIENTIFICA EL PRIMER INFORME FARMACOLOGICO SOBRE PREDNISONA Y PREDNISOLONA *H. L. Herzog, A. Nobile, S. Tolksdorf, W. Charney, E. B. Hershberg, P. L. Perlman and M. M. Pechet,* SCIENCE, 121:176, 1955.
Febrero 23, 1955	SCHERING CORPORATION PONE PREDNISONA A LA DISPOSICION DE LOS MEDICOS DEL MUNDO
Mayo 31 y Junio 1, 1955	SE CELEBRA EN NUEVA YORK LA PRIMERA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LOS EFECTOS CLINICOS Y METABOLICOS DE METICORTEN (PREDNISONA) Y METICORTELONE (PREDNISOLONA) EN LA CUAL PRESENTARON SUS INFORMES 36 INVESTIGADORES DE DISTINTOS PAISES

El impacto del descubrimiento de Meticorten (Prednisona) fue tal que a los 7 meses de presentado el primer informe clínico ya se disponían de 50 estudios adicionales llevados a cabo por investigadores de gran renombre en todo el mundo.



a mayor
solubilidad
mayor
actividad
Solución estéril al 0,5%
Codelsol*
(21-FOSFATO DE PREDNISOLONA CON NEOMICINA)
con NEOMICINA
para uso OTICO-OCULAR una Solución
para los procesos inflamatorios e infecciosos del OJO y OIDO externo
un aporte térapeutico de excepcionales posibilidades
*MARCA DE FABRICA
MSD
MERCK SHARP & DOHME INTERNATIONAL
DIVISION OF MERCK & CO., INC. • 100 CHURCH STREET, NEW YORK 7, N.Y., U.S.A.


N
CHLOROSTREP
ESPECTRO MAS AMPLIO
ANTIBIOSIS MAS EFICAZ
E
O
llegan de todas
las latitudes
confirmaciones de
su gran eficacia
CHLOROSTREP
S
MEDICAMENTA VERA
PD
PARKE-DAVIS

BOLETIN

DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

VOL. 50 | AGOSTO, 1958 | NO. 8

THE TREATMENT OF HYPERTHYROIDISM WITH RESERPINE: PRELIMINARY REPORT*

*AGUSTIN M. DE ANDINO JR., M.D.*** *and*
*FRANCISCO RAMOS-MORALES, M.D.***

The etiology of hyperthyroidism due to diffuse hyperplasia of the thyroid gland is still obscure. However, the bulk of available evidence tends to confirm the conclusions drawn by Means,[1,2] by Rawson and his associates,[3] and by Heinbecker[4] as to a clear-out relationship between the anterior pituitary and the thyroid glands. It appears as if a neurohormonal mechanism is involved in which nervous impulses of varying frequency and intensity are mediated thru the hypothalmus and stimulate the anterior pituitary gland in producing an increased amount of thyroid stimulating hormone. In this fashion, the activity of the thyroid cells is augmented with an overproduction and release of thyroid hormone, this excess of thyroid hormone producing the characteristic effects involving all the organs and systems of the body. Nevertheless, the suppressive effect of thyroid hormone upon thyrotropic hormone production by the adenohypophysis is not sufficient to neutralize the marked nervous stimulation received from the hypothalmus. The net result is the maintenance of an overactive gland with the development of the classical findings of Graves' disease.

There is careful experimental evidence which strongly suggests that the diencephalon influences the production or release of thyrotropic hormone[1,5] and there are convincing clinical reports of a definite relationship between emotional or physical stress and the development of this disease.[6,7] Because of these concepts and because of the fact that Winsor[8] reported in his pharmacological studies in humans that Reserpine exerted its action at a subcortical levels, most probably on the hypothalmus, it occurred to us in

* Presented at the annual meeting of the Puerto Rico Medical Association, November 16, 1957.

** From the Department of Medicine, School of Medicine, University of Puerto Rico and the Department of Medicine and Endocrine Clinic, San Juan City Hospital, San Juan, P. R.

September 1955 that one might be able to interrupt or modify hyperthyroidism at its site of origin by the clinical use of this substance. In this fashion one could study a more rational approach to the therapy of this disease and perhaps provide a more logical substitute for the destructive action of the surgeon's knife or of the internist's radioiodine. With this thought in mind we started this study in late 1955 and in this publication we wish to present a preliminary report of our observations.

MATERIALS AND METHODS

This report pertains to a small series of eight patients selected at random from our large group of patients with hyperthyroidism at the Endocrine Clinic of the San Juan City Hospital. The methods used for the establishment of the diagnosis of this disease included the clinical observation of the patient, the basal metabolic rate, the total serum cholesterol and the 24 hr. I_{131} uptake determination. Seven of the patients were female and one was a male. Seven were white and one was colored. The dose of Reserpine (Serpasil) varied from 0.4 mgm. to 1.0 mgm. daily given in divided doses throughout the day and was increased or decreased according to the clinical response of the patient and to his tolerance of the drug. The patients were observed initially at intervals of one to two weeks and as the response became evident the interval of time between visits was increased to four weeks. Basal metabolic rates, 24 hr. I_{131} uptakes, total serum cholesterols and complete blood counts were repeated at intervals of four to five months. On each visit a careful clinical evaluation was performed under the supervision of one of the authors. The severity of clinical symptomatology was graded from +4 to 0, +4 indicating the full blown clinical picture of the disease and 0 indicating the total disappearance of all subjective and objective evidence of this disease with the possible exception of the stare and the goiter. The period of follow-up ranged from 647 days to 20 days. The patients received multivitamins in addition to Reserpine as part of the therapeutic plan.

The pertinent findings in this series of eight patients are illustrated in Table I. Case No. 1 (A.D.B.) is a 39 years old white female who was seen in our Clinic for the first time on November 14, 1955 with symptoms of two months duration. The B.M.R. was found to be +62% and the 24 hr. I_{131} uptake was reported as 82%. On December 8, 1955 therapy with Tapazole was started. This had to be discontinued in a period of two weeks because of the severe gastrointestinal reaction characterized by nausea, vomiting and diarrhea. On December 22, 1955 Reserpine was started

in a dose of 0.1 mgm. four times daily. She responded well and on June 21, 1956, after six months of therapy, all objective and subjective manifestations of the disease had disappeared but her I_{131} uptake was still 65%. On August 2, 1956 her B.M.R. was still +45% and the dose of Reserpine was increased to 0.25 mgm. four times daily. On September 6, 1956, eight and a half months after therapy was started, the goiter had completely disappeared. On February 15, 1957 the BMR had come down to +24% and the patient was totally asymptomatic. The radioiodine study on July 22, 1957, after 19 months of therapy, was within the limits of normal at a level of 35%. On September 12, 1957 Serpasil was discontinued to see if the disease would remain in a state of remission. The response of this patient to Reserpine is graded as excellent. The clinical course of this patient is depicted in graphic form on the following figure:

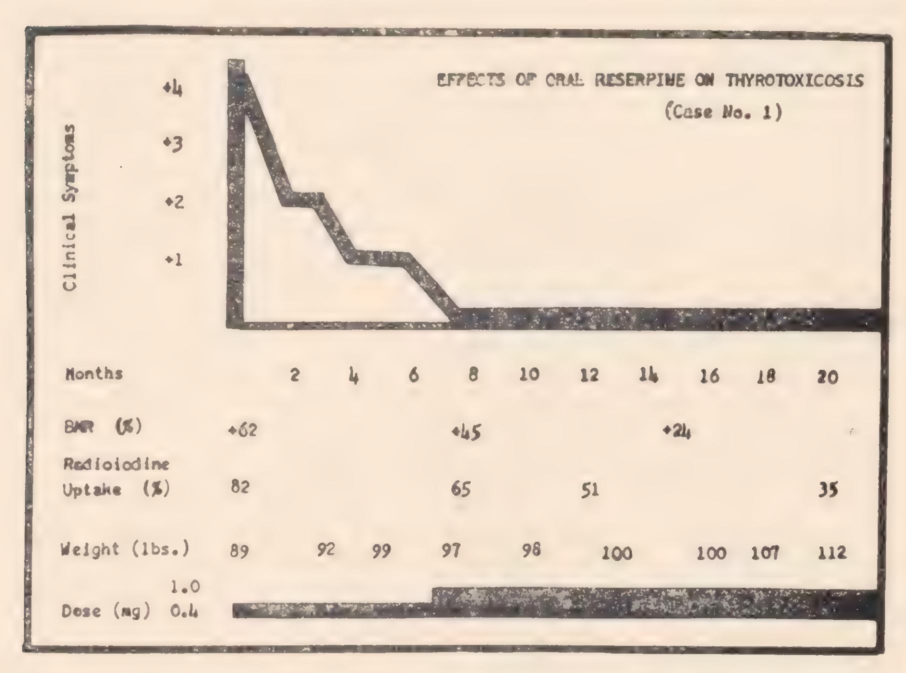


Figure I: The graphic chart illustrates the effects of oral Reserpine in a case of hyperthyroidism. Observe the rapid response of the clinical symptoms followed by a slower drop in the basal metabolic rate. The improvement in radioiodine uptake was not evident until the 19th month of therapy, this being the last index of activity to return to normal.

Case No. 2 (E.L.T.) is a 42 years old white, married female who was first seen at our Clinic with symptoms of diffuse toxic goiter of eight months duration. The diagnosis of hyperthyroidism was confirmed by a radioiodine uptake of 74%. The initial B.M.R.

was of poor technical value and is not included in the table. Therapy with Reserpine was started on December 1, 1955 in a dose of 0.1 mgm. four times daily. Within a month a B.M.R. done on January 3, 1956 was reported as +11% (within normal limits). On February 2, 1956 she was completely asymptomatic but she still exhibited a mild stare and the gland was still enlarged. On March, 1956, three months after the onset of therapy, the I_{131} uptake had decreased to 52%. She disappeared from our Clinic between the months of May and August 1956 and reported back on August 5, 1956, with the history of having discontinued the medication for one month prior to her return. At this time she had lost 9 pounds in weight but there was no evidence of recurrent toxicity. Serpasil was re-started in a dose of 0.4 mgm. daily. On September 6, 1956, nine months after the onset of therapy, the radioiodine uptake had gone down to normal limits (45%). By that same time she was asymptomatic and the thyroid enlargement had totally disappeared. Her last B.M.R. on October 26, 1956 was normal at +12%. She again disappeared from the Clinic and did not return until February 28, 1957, at which time she told us that she had discontinued Serpasil for a period of three months. She did not exhibit any evidence of thyrotoxicosis except for slight weight loss, but the radioiodine uptake showed a rebound to 71%. The response to Reserpine in this case is graded as excellent.

The third case (T.A.R.) is a 38 years old white female who was first seen at our Clinic on September 24, 1956. The severity of her disease was graded as +4, and the diagnosis was confirmed by a B.M.R. of +84% and an I_{131} uptake of 80%. Because of a mix-up while transferring her from the Service to the Teaching Clinic, therapy with Reserpine was not started until January 10, 1957. The dose given was 0.1 mgm. four times daily. On March 28, 1957, two and a half months after the initiation of therapy, all subjective and objective evidences of the disease had disappeared with the exception of slight enlargement of the thyroid gland. The dose was then reduced to 0.1 mgm. three times daily. The radioiodine uptake on April 17, 1957 was still elevated at 54%. On June 17, 1957, the B.M.R. decreased to —1%. On her visit to the Clinic on September 13, 1957, eight months after therapy had been started, the thyroid gland was barely palpable, and her radioiodine uptake had decreased to normal limits of 31%. Her weight on November 14, 1957 had increased to 162 lbs. Her response to treatment is classified as excellent.

The fourth case in the series (M.L.R.) was initially seen on October 25, 1956 with symptoms of thyrotoxicosis dating back 15 months. She had noticed prominence of her eyes for three months. The diagnosis was confirmed by a B.M.R. of +22% and

an I_{131} uptake of 77%. On November 15, 1956 she was started on Tapazole treatment, but this was discontinued by the patient because of the appearance of a generalized skin rash. On January 31, 1957, Serpasil was started on the higher dose of 0.25 mgm. four times daily because of the severity of her symptoms. On March 14, 1957 the subjective manifestations of the disease had disappeared but she had failed to gain weight and the exophthalmos and the goiter were still present. She disappeared from our Clinic for six months and returned on September 5, 1957 in her sixth month of pregnancy. She had continued taking Serpasil on her own account up till early July 1957. The physical examination revealed residual bilateral exophthalmos and a discrete enlargement of the gland. She was hospitalized and a careful evaluation was made of her thyroid status. No evidence of hyperthyroidism was found, her B.M.R. being reported as +12%. The I_{131} uptake was not performed because of the pregnancy. Apparently she had gone into a state of remission of her disease under the influence of Reserpine and her response to therapy has been graded as excellent. She delivered a normal female infant on November 3, 1957. This appears to be the first case reported in medical literature of a female patient with hyperthyroidism who became pregnant when her disease was brought under control through the action of Reserpine.

Case No. 5 (G.R.M.) represents the only failure in this small series. This 28 years old white female, a case of recurrent thyrotoxicosis, was first seen at our hospital on April 10, 1956 with symptoms of hyperthyroidism dating back to December 1952. She had been operated on at the Menonite Hospital at La Plata in July 1952 and six months later she noted an acute exacerbation of all her symptoms. The clinical diagnosis of recurrent thyrotoxicosis was confirmed by a B.M.R. of +45%, and an I_{131} uptake of 93%. She received treatment with Tapazole in a dose of 40 mgm. daily, from April 15, 1956 to November 20, 1956, but exhibited a very poor therapeutic response to the antithyroid medication. Treatment with Serpasil was started on February 4, 1957 in a dose of 0.1 mgm. four times daily. This was continued for a period of 185 days until August 8, 1957, at which time she received a therapeutic dose of 4 mc. of radioiodine. There was minimal subjective improvement and a weight gain of 9 pounds during this period of time but we failed to observe any reduction in the size of the goiter. Her response to Reserpine is classified as poor.

The next three cases to be described have received Reserpine for rather short periods of time and we will present the evaluation of response to therapy only from the clinical standpoint. Case No. 6 (A.C.L.) is a 44 years old colored female who was first seen in our

Clinic on May 9, 1957 with symptoms of one year's duration. Bilateral exophthalmos and diffuse thyroid enlargement were present. The state of toxicity was graded as +3. The B.M.R. was +45% and the I_{131} uptake was 52%. Therapy with Reserpine was started on July 30, 1957 in a dose of 0.25 mgm. three times daily. On her next visit on August 20, 1957, she had gained five pounds in weight and her eyes had regressed considerably. On her last recorded visit to the Clinic on September 24, 1957 she still exhibited minimal evidence of hyperthyroidism and her toxicity on that date was graded as +2. Her response to therapy has been classified as good.

Case No. 7 (J.G.R.) is a 43 years old white male who was seen in our Clinic on August 22, 1957, with a history of rapid weight loss in spite of a voracious appetite, nervousness, palpitations, excessive sweating and irritability of two months duration. His history of thyroid disease dated back to July 1947, at which time he underwent a subtotal thyroidectomy because of symptoms very similar to those described at present. He had also noted progressive growth of a nodule in his thyroid gland at the site of the operation. This finding was confirmed by the physical examination and interpreted as a hyperplastic thyroid nodule. The presence of an elevated I_{131} uptake (72%) confirmed the clinical impression of recurrent hyperthyroidism. Reserpine treatment was started on September 26, 1957 on a dose of 0.25 mgm. three times daily. On his next visit on October 17· 1957 all the objective and subjective manifestations of the disease had disappeared with the exception of the thyroid nodule. His B.M.R. at this time was —12%. His response up until today has been considered excellent.

The last case in the group is (C.D.H.) a 23 years old white girl who was seen at our Clinic with the diagnosis of diffuse toxic goiter on October 29, 1956. The diagnosis of hyperthyroidism was confirmed by a B.M.R. of +24% and an I_{131} uptake of 91%. She was treated with Tapazole between February and April 1957, but she discontinued this medicine because she claimed it made her feel worse. She returned to the Clinic on August 20, 1957 with a full-blown picture of thyrotoxicosis. She was started on Serpasil, 0.25 mgm. three times daily, and was seen again in a period of three weeks on September 10, 1957. At that time she had gained three pounds in weight and the only unusual findings were a mild stare and slight tremors of the hands. Treatment was continued and she was again seen on November 12, 1957 at which time her total weight gain was eight pounds. The thyroid gland had decreased in size but there was still minimal stare present. Her clinical response is graded as excellent.

TABLE I: CLINICAL AND LABORATORY RESPONSE TO ORAL RESERPINE IN THYROTOXICOSIS

Patient	Age	Sex	Clinical symptoms		I_{131} uptake %		BMR (%)		Duration of therapy (days)
			Pre-R/	Under R/	Pre-R/	Under R/	Pre-R/	Under R	
1) A.D.B.	39	F	++++	0	82	34	+62	+24	647
2) E.L.T.	40	F	+++	0	74	45	+11 (1 month post R/)	+12	344
3) T.A.R.	38	F	++++	0	80	31	+84	—1	245
4) M.L.R.	20	F	++++	0	77	--	+22	+10	199
5) G.R.M.	28	F	++++	+++	93	--	+45	---	185
6) A.C.L.	44	F	+++	++	53	--	+45	---	56
7) J.G.R.	43	M	+++	+	72	--	+36	---	30
8) C.D.H.	23	F	+++	+	91	--	+24	---	20

TABLE II
EFFECTS OF ORAL RESERPINE ON WEIGHT IN THYROTOXICOSIS

Patient	Weight (Lbs.)			Duration	Dose	Clinical Response
	Usual	Pre-R/	Under R/	of R/	(mgm./day)	to R/
1) A.D.B.	100	89	112	647	1.0	Excellent
2) E.L.T.	110	101	98	344	0.4	Excellent
3) T.A.R.	165	132	158	245	0.4	Excellent
4) M.L.R.	115	103	117 (pregnant)	199	1.0	Excellent
5) G.R.M.	120	95	104	185	1.0	Poor
6) A.C.L.	150	120	116	56	0.75	Good
6) J.G.R.	150	145	145	30	0.5	Excellent
8) C.D.H.	108	95	97	20	0.75	Good

DISCUSSION

We have presented our findings in a small series of eight patients suffering from Graves' disease who have received Reserpine as a sole therapeutic agent for periods of time ranging from 647 days to 20 days. The clinical response has been excellent in five cases, good in two cases and poor in one. Those patients whose response has been graded as good have had short periods of follow-up, i.e. thirty and twenty days respectively, and we believe that as they receive the drug for a longer period of time the clinical response will be eventually classified as excellent. The patient with the poor response received the drug for an adequate period of 185 days and thus has to be labelled as a therapeutic failure. It is of interest to note that this patient also failed to respond to Tapazole and finally had to be controlled with radioiodine.

In our study we have noticed that if a patient is going to respond to Reserpine the subjective manifestations will disappear, the pulse will become normal and the B.M.R. will drop to euthyroid levels within a period of two to three months. The objective laboratory evidence of improvement as exemplified by the 24-hour I_{131} uptake will not become normalized until a period of time ranging from eight to nineteen months has elapsed. The thyroid enlargement did not disappear completely until the patients had been under continuous therapy for periods of time ranging from seven to twenty four months. It is obvious that the subjective clinical response is rather rapid but that the objective laboratory studies take a much longer period of time to revert to normal limits. This delayed laboratory response does not appear to be a contraindication to therapy as our patients tolerated the drug quite well with the exception of one who developed persistent nasal congestion which disappeared promptly upon reduction in dosage.

The results of this preliminary study seem to indicate that Reserpine exerts a beneficial effect on both the subjective clinical

manifestations and the objective laboratory findings in hyperthyroidism of varying severity. We believe that its use as a sole therapeutic agent in the treatment of this disease should be investigated further in a larger group of patients. We do not agree with Canary et al[9] who, in a recent publication on this subject have stated that "the use of Reserpine as a sole therapeutic agent for thyrotoxicosis is not recommended." These investigators from Kyle's group in Washington reported their findings in a series of ten thyrotoxic patients who received Reserpine by mouth in a dose of 0.75 mgm. to 4.0 mgm. daily over periods of time ranging from 14 to 124 days. Their results were quite similar to ours with the important exception that they did not find any change in protein bound iodine, I_{131} uptake or thyroid size. In the light of our present knowledge we believe that their failure to find any laboratory evidence of interruption of the basic disorder was due to the rather short periods of therapy, the longest follow-up in their series being up to four months. It is obvious that if they had prolonged their study, they would have been reversal of I_{131} uptake and disappearance of goiter such as we have seen.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

1. The results of a preliminary study on the use of Reserpine as the sole therapeutic agent in a small series of eight thyrotoxic patients has been reported.
2. The results were excellent in five patients, good in two and poor in one.
3. There was rapid clinical improvement in patients manifesting all degrees of hyperthyroidism. The improvement in the basic laboratory studies and the regression of the goiter were slow, and appeared to be directly related to the duration of therapy.
4. The results of this investigation seem to justify the continuation of the study of the effects of Reserpine in a larger group of patients with hyperthyroidism.

Acknowledgement: We wish to acknowledge the wholehearted cooperation of Dr. Roberto Busó of the Fundación de Investigaciones Clínicas, Hospital Mimiya for the performance of the 24 hr. radioactive iodine studies in these patients.

BIBLIOGRAPHY

1. Means, J. H., Some new approaches to the physiology of the thyroid, Ann. Int. Med. **19**: 567, 1943.

2. Means, J. H., Clues to the aetiology of Graves' disease, Lancet **2**: 543, 1949.

3. Rawson, R. W., Albert, A., McArthur, J. W., Merrill, P., Lennon, B., and Riddell, C., Physiological reactions of the thyroid stimulating hormone of the pituitary. II. The effect of normal and pathological human thyroid tissues on the activity of the thyroid stimulating hormone, Ann. Int. Med. **19**: 405, 1943.

4. Heinebecker, P., The pathogenesis of hyperthyroidism, Ann. Surg. **130**: 804, 1949.

5. Harris, G. W., Neural control of pituitary gland, Physiol. Rev. **28**: 139, 1948.

6. Moschowitz, E., Nature of Graves' disease, Arch. Int. Med. **46**: 610, 1930.

7. Bram, I., Psychic trauma in etiology of Graves' disease: survey of 5000 case histories, Am. J. Psychiat. **92**: 1077, 1936.

8. Winsor, T., Human pharmacology of reserpine, Ann. N. Y. Acad. Sci. **59**: 61, 1954.

9. Canary, J. J., Schaaf, M., Duffy, B. J., Jr., and Kyle, L. H., Effects of oral and intramuscular administration of reserpine in thyrotoxicosis, New England J. of Med. **257**: 435, 1957.

POISONING BY ORGANIC PHOSPHOROUS INSECTICIDES

DOLORES MENDEZ-CASHION, M.D.,
MARGARITA CACERES DE COSTAS, M.D.,
RUBEN NAZARIO, M.D. and ANTONIO ORTIZ, M.D.

Physicians are well aware of the frequency of accidental poisoning in children, often by household substances not considered dangerous by parents. Probably the actual incidence is higher than suspected. With the increasing use of sanitizing materials and other products which lighten housework, potent chemicals have been brought into the home, where they can do harm when improperly used or carelessly stored. Physicians need develop a high index of suspicion, and familiarity with the various signs and symptoms, as often an accurate history may be lacking or the clinical picture may be confusing. The types of poisoning involved are numerous and vary in different regions and with changes in socio-economic conditions.

We have recently been engaged in the care of seven children poisoned by an organic phosphorous insecticide, apparently parathion, in all cases. Since the material was being peddled in unlabelled envelopes, and because it hydrolyzes quickly in stomach contents, positive identification was not always possible. As we are preparing this paper, news has reached us of a group of nine people presumably poisoned by "Vapo-Phos" (a trade name for parathion). We know of other suspicious cases occurring in our area, and consider it important to bring the matter before the medical profession of the Island.

Our material is also of interest because it involves a series of pediatric patients, while most cases previously reported in the literature have occurred in adult agricultural and factory workers. Some of the differences in symptoms and signs in this series may be accounted for by the differences in age.

The first case, which occurred on 1 20/58 will be summarized.

Case Report:

At noon on 1 20/58, E. S. R., a two year old girl, was brought to the San Juan City Hospital in extremis. While eating lunch, the child had started to vomit, had become unconscious and cyanotic, and started to convulse, and she was rushed to the hospital. Prior

---

From the Department of Pediatrics of the San Juan City Hospital and the University of Puerto Rico School of Medicine.

Presented in part before the Staff of the San Juan City Hospital on April 23, 1958.

to this she had been playing under a bed, where an insecticide mixed with cooked rice had been sprinkled. The material was a pale yellow powder with a very strong odor of garlic or onions.

Physical examination revealed a fairly well developed, moderately undernourished, acutely ill two year old mulatto female. The skin was cold and damp with profuse perspiration, and showed intermittent patchy flushing. The nail beds and lips were cyanotic. There was twitching of the muscles of the face and extremities.

There was bilateral internal strabismus and horizontal nystagmus. The corneal reflex was poor. The pupils were round, equal and large, and reacted sluggishly to light (While typically, miosis occurs in this type of poisoning, the opposite may be seen, as observed in this case).

The mouth and nose were full of secretions. The chest was full of large moist rales bilaterally. Respirations were weak and shallow, and stopped altogether during the examination, so that the patient had to be kept alive with artificial respiration. The heart rate was 100. The abdomen was negative. She had involuntary micturituion and stool. Deep reflexes were absent. There was marked generalized hypotonia.

Temperature on admission was subnormal, but went up to 103° four hours after admission, and gradually came down within the next twenty four hours.

She received supportive therapy in the form of artificial respiration, suction, and oxygen. The stomach was lavaged, producing a milky yellowish fluid with a strong odor of garlic. Since we did not know the nature of the poison, no specific therapy was administered and further treatment was symptomatic. She appeared dehydrated after the acute phase was over, and intravenous maintenance fluids were given which were later increased to the requirements for moderate dehydration. An X-ray of the chest was negative. Prophylactic antibiotics were given.

Laboratory work is summarized in Table III (q.v.).

Five hours later she was still unconscious and twitching intermittently. The eyes showed strabismus and horizontal nystagmus. Ten hours later she had awakened. Intravenous fluids were discontinued after 24 hours. Recovery was uneventful after the first 24 hours, but she was kept under observation and discharged on 1/30/58.

The material could not be identified in the gastric contents but the sample brought by the family was later identified by the toxicology laboratories of the Departments of Health and of Agriculture of Puerto Rico as 25% parathion. Subsequently similar material from case VII was definitely identified as 25% parathion by the laboratory of the Department of Agriculture (See Fig. 1).

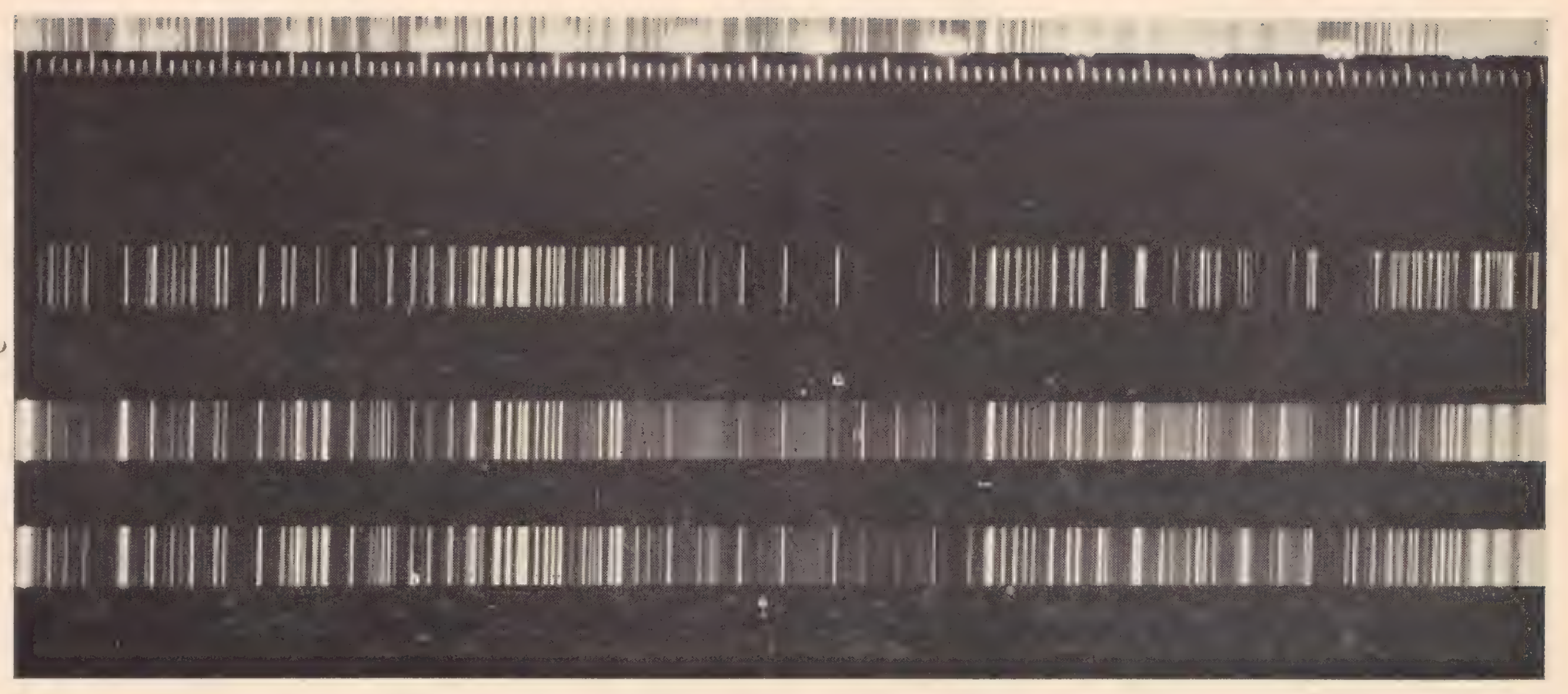


Fig. 1 — Spectroscopic identification of poison in Case VII.

1. Scale
2. Iron
3. Control-Parathion 25%
4. Toxic Substance ingested by patient - parathion.

The clinical data on Case II, a sibling of the first case, and of subsequent cases, are summarized in Tables 1 and II.

Six patients were below 3 years of age. Case III was six years old. He developed no symptoms, possibly because he was lavaged promptly, but also perhaps because of his larger size, which may have made the proportionate dose smaller. There was history of ingestion of an insecticide in all cases but No. IV, which was diagnosed on the basis of the clinical picture and by exclusion. The history was given reluctantly in some of the other cases. Only case III was treated fairly promptly, in all other cases there was delay in starting therapy because of failure to appreciate the seriousness of the situation. This was particularly regrettable in the two fatal cases, which occurred after we were familiar with the syndrome and its specific therapy.

Table II shows the signs and symptoms recorded. Information on case V is incomplete because the patient died before admission and no clinical record is available.

All patients who developed symptoms were febrile. The highest recorded temperature is shown. Fever developed on admission or shortly after, and subsided before 24 hours. Pulse rates were variable, but always high, in contrast with the bradycardia expected from the pharmacological action of the compound involved. This may be due to a peculiar response in childhood, or a sign of completely disordered physiology of patients in extremis. Representative respiratory rates are shown, but they were also variable and always high, except during periods of apnea.

The most prominent symptoms were those of severe respiratory distress, with excessive fluid in the respiratory tract, and often subcostal retractions. All symptomatic patients were comatose. Nystagmus and twitchings of the eyelids and face were frequent. The most severe cases showed complete arreflexia.

Diarrhea is not always recorded, but most patients required moderate amounts of parenteral fluids, a measure generally considered contraindicated by others, because of excessive fluid in the respiratory tract. Loss of fluid from the skin and in the bronchial secretions no doubt contributed to the dehydration which, as is well known, occurs more readily in the young child.

In most cases the pupils were pin-point, as expected, but two cases showed midriasis, which is also known to occur, but is more difficult to explain. Vasodilation was seldom noticeable contrary to expectations, probably because most patients were already in intense shock.

Table III summarizes the laboratory data. We believe that the anemias present were probably pre-existent, as they are frequent in our hospital population. In fact we believe that, the re-

latively high counts present were an index of dehydration. Polymorphonuclear leukocytosis was frequent in spite of absence of evidence of infection on examination.

The finding of a reducing substance in the urine of three patients has been very interesting to us, as it is previously unreported. In the first case it was probably due to intravenous glucose, and the high blood sugar was also obtained while on the same therapy. This patient also showed pyuria and hematuria, but apparently recovered uneventfully and has remained well on follow-up since discharge. In case IV, the positive test for "sugar" was obtained before intravenous therapy, and three subsequent urinalyses were negative for sugar. In case VII, no intravenous therapy was given; both urine and blood sugar were subsequently normal.

Table IV shows the treatment given and the outcome. By referring back to table I it will be noted that both small body size and delay in treatment contribute to a poor prognosis.

DISCUSSION

The organic phosphorous insecticides were studied as potential chemical warfare during World War II, when it was learned in 1946 that the Germans had adapted them to military use in the form of highly toxic, volatile and almost odorless "nerve gases". "T.E.P.P." (tetraethyl pyrophosphate) was first prepared over a century ago. Because of their pharmacologic activity, some, particularly "D-F-P" (diisopropylfluorophosphate), have been tried as therapeutic agents in glaucoma, myasthenia gravis, and postoperative ileus, but their value has been established only in glaucoma, and even in this condition, they have definite limitations.

In the absence of a Poisoning Center, and because of the variety of names under which these substances are marketted, the problem of quick identification and adequate therapy becomes very difficult. To illustrate: parathion, which was probably responsible for all our cases, is marketted under at least twenty names:

Thiophos
Aphamite
Mackothion
Corothion
Paradust
Penphos
Vapo-Phos
Compound 3422
AAT
Niran
Genithion
Alkron
Kilphos
Paraphos
Phos-Kill
Planthion
DNTP
DPP
E-605

Other organic phosphorous insecticides commonly in use in agriculture are: clorthion, demeton, diazinon, dipterex, malathion, and T.E.P.P.

Their mode of action is similar but they differ in their inherent toxicity, rate of absorption, point of maximal action following absorption, and rate of destruction and excretion. They may be absorbed thru the skin and nasopharynx as well as the gastrointestinal tract.

The compounds are available as solution, dusts, aerosols, emulsifiable concentrates, wettable powders, dry bait, and impregnated cords for fly control.

Parathion is a deep brown to yellow liquid ($C_{10}H_{14}NO_5PS$), some samples of which are described as smelling of onions.

The symptoms observed in patients poisoned by organic phosphorous compounds will be readily understood and easily remembered if one examines the pharmacologic action of these compounds, which depends on their anticholine stecrasic activity, with subsequent accumulation of acetylcholine.

The cholisterases are hydrolyzing enzymes, contained in body fluids and tissues, which are capable of quickly hydrolyzing acetylcholine to choline and acetic acid. Thus, they are responsible for maintaining adequate concentrations of acetylcholine, which mediates nerve impulses in the central nervous system, in autonomic ganglia, and at parasympathetic and neuromuscular organs.

Since acetylcholine controls ultimate cholinergic functions, inhibition of cholinesterase by these compounds results in signs and symptoms of cholinergic stimulation: miosis, which may appear late (treatment of significant illness following excessive exposure to these compounds should not be delayed merely because miosis is absent); slowed heart rate, with evidence of bradycardia and A-V block on E.K.G., due to vagal stimulation; flushing, due to vasodilation; lachrymation, sweating, and salivation, due to stimulation of the glands; dyspnea and pulmonary edema, due to constriction of bronchial muscle and stimulation of bronchial glands; involuntary defecation, due to relaxation of the sphincter and stimulation of detrusor action; convulsions, due to stimulation of skeletal muscle. The picture is further complicated by severe anoxia.

Stimulation of the autonomic ganglia, skeletal muscle and the central nervous system is followed by depression. Respiratory arrest caused by paralysis of the skeletal neuromuscular junctions and of the medullary respiratory center results in death.

In the absence of a clear history, the clinical picture may be confused with asthma, pneumonia, acute gastroenteritis, heat exhaustion, neurological conditions and shock. Mild poisoning may

be confused with asthma or with psychosomatic manifestations of fear in exposed co-workers of poisoning cases. Early symptoms are headache, giddiness, blurred vision, weakness, nausea, cramps, diarrhea, discomfort in the chest and nervousness.

The only significant laboratory finding is a reduction in the plasma and erythrocyte cholinesterase. Samples were taken in our last four cases, but the report is not available at the time of this publication.

Pathological findings are nonspecific, usually only pulmonary and cerebral edema, although generalized congestion may occur. Here again we will remember that the material may not be identified from gastric contents because it hydrolyzes rapidly, but fresh tissue may be analized for cholinesterase content.

Treatment will be discussed separately for quick reference.

TREATMENT

(1) The first consideration in therapy is the maintenance of respiration, with artificial respiration given as necessary, preferably by mechanical means. Atropine protects against the muscarinic and central effects, but does not counteract the neuromyal and ganglionic actions, an important point to remember since respiration must be maintained by artificial means in severe poisoning.

(2) In severe cases, atropine 2 mgms. (adult dose) intravenously is recommended as soon as cyanosis is overcome. For use in children, we have adopted an individual dose of 1 mgm./square meter.*

Atropine should not be given to a cyanotic patient; artificial respiration and oxygen, if available, should be given first. Intravenous atropine should be repeated at 5 to 10 minute intervals until signs of atropinization appear: dry flushed skin and a tachycardia as high as 140 per minute. Mydriasis may be delayed.

In less severe cases, atropine may be given in doses of 1 to 2 mgms. (adult dose) every hour up to 10 to 20 mgms. a day, as necessary for the control of respiratory symptoms. This dose is considerably greater than that usually employed in other conditions, but people poisoned by anticholinesterase organic phosphorous compounds have an increased tolerance for atropine.

Never give atropine as a prophylactic to persons who have not become sick. Any person ill enough to receive a single dose of atropine should be watched continuously for 24 to 48 hours, as

* Formula for calculation of surface area: Below 10 kg. body wt.:
Wt. in Kg. x 0.04 + 0.09= Surface area in M^2
Over 10 Kg. body wt.:
Wt. in Kg. x 0.04 + 0.04= Surface area in M^2

atropine may produce only a temporary relief of symptoms, and a favorable response does not guarantee against sudden and fatal relapse. Equipment for oxygen therapy and artificial respiration should be kept at the bedside and the patient constantly watched for respiratory failure.

(3) Decontaminate the skin or empty the stomach, or both. To do this, the attendant should wear rubber gloves for self-protection. Baking soda, if available, may be used, as it accelerates hydrolysis of these compounds.

(4) Treat symptomatically. Never give morphine, theophylline.

Use postural drainage and suction as necessary. If the stomach is distended, empty it with a Levine tube.

Intravenous fluids are generally contraindicated because of the pulmonary edema. However they may become necessary in the individual case, once the pulmonary edema has been controlled, as they did in most of our cases.

Following exposure heavy enough to produce symptoms, further exposure to organic phosphorous insecticides should be avoided, as the patient remains more susceptible to relatively small exposures for some time.

Preventive measures among workers include adequate education to avoid excessive exposure, the wearing of protective clothing and masks, safety ventilation in factories, regular inspection of working conditions, and routine tests of plasma and erythrocyte cholinesterase levels.

The most important point in the prevention of poisoning in children is the education of parents about the hazard involved. Of our two fatalities, one was a child who had symptoms for four hours before seeking medical care; this child died on arrival at the hospital. The other fatality occurred in a nine months old infant, in whom the amount ingested in relation to the small body size may have contributed to the death. Parents should realize not only that household substances are potentially dangerous but also that the ingestion of any such substance by a child constitutes a medical emergency, and that only the physician is in a position to determine the need for therapy.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

1. Seven children accidentally poisoned by parathion (an organic phosphorous insecticide) are reported.
2. The clinical picture, which may be confused with a variety of respiratory, neurological and gastrointestinal conditions, is described.

3. Therapy consists of maintenance of respiration, atropine in larger doses than usually employed for other purposes, lavage and/or decontamination, and other supportive measures.
4. Parents should be made aware of the increasing hazard of poisoning in children by household substances, and of the need for urgency in seeking medical attention, should exposure occur.

BIBLIOGRAPHY

1. *Clinical Memoranda on Economic Poisons*, U. S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, pp. 7-23, U. S. Government Printing Office, Washington, D. C., 1956.
2. Freeman, G. and Epstein, M. A.: Therapeutic Factors in Survival After Lethal Cholinesterase Inhibition by Phosphorous Insecticides, J.A.M.A. 253:266, (Aug.) 1955.
3. Goldman, H., and Teitel, M.: Malathion Poisoning in a 34-Month-Old Child Following Accidental Ingestion, J. Ped. 52:76, 1958.
4. Goodman, L. S., and Gilman, A.: *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, pp. 458-464, The Macmillan Co., New York, publ., 1956.
5. Rohwe, S. A., et al: Pharmacology and Toxicology of Certain Organic Phosphorous Insecticides (Report to the A.M.A. Council on Pharmacy and Chemistry from the Committee on Pesticides), J.A.M.A. 144(2): 104-108, (Sept.) 1950.

(*Tables on following pages*)

TABLE I — HISTORY

Case Number and Admission date	Age	Evidence of Ingestion of Parathion	Approx. time between ingestion and onset of symptoms	Approx. time between ingestion and onset of treatment
1. E. S. R. 1/20/58	2 years	Playing with insecticide. Sample brought — yellow powder with smell of garlic, identified as parathion by labs. of Departments of Health and Agriculture.	?	Survived
2. L. S. R. 1/21/58	3 years	Playing with insecticide. Sibling of Case I —	?	Survived
3. E. R. B. 1/29/58	6 years	Ingested a powder insecticide wi h garlic smell. Sample not available.	No symptoms	2 hrs. Survived
4. M. S. R. 6/4/58	1 year	No history of ingestion. Awakened after 6 hrs. Sleep with acute respiratory distress foaming at the mouth, twitchings and nystagmus. Diagnosis from clinical picture, including miosis, and by exclusion.	6 + hrs.	7 + hrs. Survived
5. Y. P. R. 6/12/58	2 years	Ingested a yellowish powder insecticide with smell of garlic, sample not brought. Clinical picture compatible with organic P poisoning. Died on arrival.	2 hrs.	6 hrs. Died
6. J. M. T. 6/15/58	9 months	"Sucked" on a stick impregnated with roach poison. Clinical picture compatible with organic P poisoning. Died 3 hrs. after arrival.	3 — 4 hrs.	4 — 5 hrs. Died
7. J. R. G. 6/17/58	2 yrs. + 6 mo.	Had been playing with insecticide. Sample of powder shown to be parathion 25% by spectroscopic examination. (See Fig. 1)	4 — 5 hrs.	8 — 9 hrs. Survived

TABLE II — SYMPTOMS AND SIGNS

Case No.	T	P	R	Respiratory Symptoms	Neurological Signs	Pupils	Sweating, Salivation, Vasodilation	Gastrointestinal Symptoms
1	103°	84-95	40	Dyspnea Cyanosis Subcostal retraction Increased bronchial secretions Apnea	Coma Convulsions Nystagmus Strabismus Hypotonicity (arreflexia) Loss of corneal reflex	Dilated	Profuse sweating "Foaming at the mouth" Intermitent flushing	Diarrhea Vomiting
2	101°	176	40	Dyspnea Cyanosis Subcostal retractions Increased bronchial secretions	Convulsions Semi-comatose	Dilated	Profuse sweating "Foaming at the mouth" Pallor	Diarrhea
3	99°	100	30	No	No	Normal	No	No
4	104°	140	60	Dyspnea Increased bronchial secretions	Coma Nystagmus Twitchings of eyelids	Pin-point	"Foaming at the mouth"	Diarrhea
5	?	?	?	Apnea Cyanosis Increased bronchial secretions	Coma Hypotonicity + ?	Pin-point	"Foaming at the mouth"	?
6	105.4°	120 +	48-80	Dyspnea Cyanosis Subcostal retractions Increased bronchial secretions Apnea	Coma Twitchings of eyelids Nystagmus Absent corneal reflex Arreflexia, hypotonicity	Pin-point	"Foaming at the mouth"	? (Dehydrated)
7	104°	140-160	40	Dyspnea Cyanosis Increased bronchial secretions	Twitchings of eyelids and face Coma Arreflexia, hypotonicity	Pin-point	Profuse sweating "Foaming at the mouth" Pallor	Diarrhea Abdominal pain

TABLE III — LABORATORY FINDINGS

Case No.	R.b.c. & hgb.	W.b.c. & diff.	Urine alb.	Urine "sugar"	Other Urinary Findings	Repeat Urinalysis	Other Lab. work*
1	5,280,000 8.0 Gm.	20,900 P78%	+2	+1 (on I.V.)	W.b.c. 3 - 6/HPF R.b.c. - "too numerous" (Cath.) Occ. gran. casts	+1 alb. +1 sugar W.b.c. 14-16/HPF R.b.c. 15-20/HPF	CO_2 - 20 meq/L Cl - 102 meq/L BUN - 15 Bl. sugar - 243.2 (during I.V.)
2	5,200,000 8.3 Gm.	14,450 P85%	0	0	0	Negative	
3	5,530,000 13.5 Gm.	21,600 P92%	0	0	Occ. W.b.c.	Not done	
4	4,180,000 12.8 Gm.	7,850 P36%	+1	+4 (before I.V.)		Many W.b.c. Sugar Negative	Spinal fluid neg. for routine Blood culture neg.
5	Died on arrival						
6	Died before routine laboratory work could be done						
7	4,680,000 10.9 Gm.	10,050 P66%		+3 (no I.V. given)		Negative	Bl. sugar - 105.4 NPN - 32 Spectroscopic exam of specimen positive for parathion 25% (See Fig. 1)

* Cholinesterase levels taken on the last four patients, but report not available at the time of his writing.

TABLE IV

SEVERITY, TREATMENT, OUTCOME

Case	Severity	O_2	Suction	Artif. Resp.	Lavage	Atropine	I.V. Fluids	Prophylactic antibiotics	Outcome
1	4+	+	+	+	+	0	+	+	Survived
2	3+	+	+	0	+	0	+	+	Survived
3	0	0	0	0	+	0	0	+	Survived
4	4+	+	+	0	0	+	+	0	Survived
5	4+	+	+	+	0	+ (I.V. post mortem)	0	0	Died on arrival
6	4+	+	+	+	+	+	+	+	Died 3 hrs. p admission
7	4+	+	+	0	+	+	0	+	Survived

THE PROBLEM OF MICROGNATHIA AND GLOSSOPTOSIS IN INFANTS
(Pierre Robin Syndrome)

WALTER J. BENAVENT, M.D. and A. RAMOS-OLLER, M.D.

DEFINITION

The term Pierre Robin Syndrome is used to describe a congenital deformity of infants in which the predominant feature is a small, receding mandible. This recession of the mandible causes a retrodisplacement of the tongue, resulting in respiratory obstruction and difficulty in swallowing. Other congenital malformations may be present, with cleft palate being the most prevalent. We prefer to classify it among the neonatal surgical emergency conditions.

HISTORY

Pierre Robin in 1923 contributed detailed observations on this condition, and advocated positioning in order to avoid choking of the infant. His interest on the subject and detailed clinical observations led later authors to attach his name to this condition.

According to Kiskadden and Dietrich,[1] the earliest report came to us from Shukowsky, who published 2 cases in 1911. He sutured the tongue to the lip, but unfortunately did not describe his method or give any follow-up of these cases.

Lenstrup, Davis & Dunn Eley and Farber, Callister and Tholen[1] have also reported on this condition, describing various therapeutic measures to relieve respiratory obstruction. Among these, external apparatus for feeding or for forcing the mandible forward, and some internal devices used around the mandible for traction.

In 1946 Beverly Douglas[2] from the Vanderbilt University described a surgical technique for suturing the tongue to the lip to relieve obstruction permanently. His method displaced the cumbersome external gadgets and the unsanitary internal wirings.

In 1953 the authors performed the Douglas operation for the first time in Puerto Rico and since then have had ocassion to treat 10 cases.[4]

CLINICAL PICTURE

The presenting feature of this condition as we mentioned before, is a hypoplasia of the mandible. This in turn causes a retrodisplacement of the tongue, or glossoptosis. The ballvalve obstruction produced led Douglas to describe it as "linguo-epiglotic obstruction." Sternal retraction is frequently observed. Cyanosis is ob-

served proportional to the degree of obstruction. It goes without saying that spitting, chocking, vomiting, and aspiration are frequent occurrences. A persistence of these symptoms over a prolonged period of time will lead to malnutrition and possibly death by starvation if the infant does not succumb first by asphyxia.

The most frequent associated deformity is cleft of the palate. Others less frequently seen are clefts of the face, atresia of one or both ears, absence of the temporo-mandibular joint, mongolism, and cardiac deformities.

TREATMENT

For practical purposes we divide treatment into palliative and definitive.

Positioning, wire traction, some forms of feeding apparatus, and tracheostomy are some of the methods of palliative treatment employed.

Positioning, as the term implies, consists of placing the infant face down and head lower than the feet. In this position gravity will bring the tongue forward and relieve obstruction. There is no doubt that in the less severe cases this simple procedure will be sufficient to prevent serious complications.

Callister, Tholen, Longmire and others have used various methods of encircling the mandibular symphysis with wire and this in turn fastened to either weights or springs in order to maintain traction. Any one of these methods has the disadvantage of being cumbersome, unsanitary, difficult to maintain, and require the child to be on its back all the time. Traction for the purpose of stimulating mandibular growth is unjustified, since experience has shown that mandibular growth will proceed at a normal rate regardless of it.

Tracheostomy done as a primary procedure when this syndrome is recognized, is in our way of thinking an admission of defeat. Although we have no statistics on the subject we recognize this procedure as carrying a high mortality rate. Tracheostomy not only does not solve the problem at hand, but it adds unnecessary burden to the infant's physiologic processes, decreases his chances of survival, and last but not least, it requires the undivided attention of nurses for every minute of the 24 hours in one day.

In 1946 Beverly Douglas[3] described an operation which unquestionably offers the best chance for survival to these infants. Technically, the operation consists of creating two raw surfaces, one on the ventral surface of the tongue and the other on the mucous membrane of the lip and alveolar ridge. The edges of these

two surfaces are sutured, creating a tongue to lip adhesion. Thus, the tongue is held firmly in a forward position, where it will no longer be the offending mechanism of obstruction.

The Douglas operation should be performed immediately upon recognition of the obstructive respiratory symptoms. Either local or general endotracheal anesthesia may be employed. The most dramatic chance is noted in these infants immediately after operation; their cyanosis disappears, and even purposeful placing of the infant on its back will not cause respiratory obstruction.

Within 4 to 6 months, the mandibular development has progressed to a point where the tongue may be released, without fear that it may drop back into the hypopharynx. Long term follow-up of these cases has shown us that in time they lose the features which labeled them "bird-face".

ILLUSTRATION OF A CASE



Fig. 1A—Newborn female child with severe micrognathism and glossoptosis. Patient was cyanotic. Respiratory distress and sternal retraction were noted.



Fig. 1B—Few hours after birth. Douglas operation performed. Note forward position of the tongue attached to the lower lip.

Fig. 1C—Same patient at age 14 months. Forward growth of mandible is normal.

BIBLIOGRAPHY

1. Kiskadden, W. S. and Dietrich, S. R., Review of the Treatment of Micrognathia, Plastic and Reconstructive Surgery. 12:364, 1953.

2. Douglas, B., The Treatment of Micrognathia Associated with Obstruction by a Plastic Procedure, Plastic and Reconstructive Surgery. 1:300, 1946.

3. Douglas, B., A Further Report on the Treatment of Micrognathia with Obstruction by a Plastic Procedure, Plastic and Reconstructive Surgery. 5: 113, 1950.

4. Benavent, W. J. and Ramos-Oller, A., Micrognathia — Report of 12 Cases, To be published, Plastic and Reconstructive Surgery Journal.

EPIDEMIOLOGIC ANALYSIS OF A WATER-BORNE TYPHOID FEVER OUTBREAK

*ALFONSE T. MASI, M.D.**
*RAFAEL TIMOTHEE, M.D.***
and
*ROLANDO ARMIJO, M.D.****

Drinking water has been recognized as an important vehicle of transmission of typhoid fever since even before isolation of the etiologic agent.[1] It is certain that this disease has substantially decreased in most areas of the world in the last decades.[2,3,4] However, the outbreak described in this report has given the authors an opportunity to review some mechanisms which may still allow water-borne epidemics to occur.

Method of Study:

On September 12, 1956, the Health Officer of Ponce, Puerto Rico, reported that an unusual number of typhoid cases were appearing in this, the second largest city of Puerto Rico (population, 99,472 as of the United States census, 1950). Suspicious cases seen by private physicians or hospitals were investigated by the Health Officer so as to determine food and contact exposures, to examine household contacts, and to obtain non-purged stool samples for bacteriologic analysis. Known carriers were sought and investigated. In addition, the commercial food handlers of the epidemic area were interviewed and appropriate food items were analyzed. This group consisted of 38 restaurant and food store employees, 41 ice workers, and 71 street vendors of edible products.

Results:

The onset of illness occurred within a 24-day period from August 24 to September 17. During this time a total of 26 cases were diagnosed. For 9 of these the etiologic agent was isolated and phage typing was attempted on 8. Seven being degraded Vi and the other a W form. Several families of the interviewed cases volunteered a history of mild afebrile diarrheal disorders one and

---

* Epidemiological Intelligence Officer, Communicable Disease Center, Department of Health, Education and Welfare; Assistant Epidemiologist, Commonwealth Health Department, Puerto Rico; Associate in Epidemiology, University of Puerto Rico, Medical School, San Juan, Puerto Rico.

** Chief of the Bureau of Communicable Disease Control, Commonwealth Health Department, Puerto Rico; Assistant Professor of Public Health Practice, University of Puerto Rico, Medical School, San Juan, Puerto Rico.

*** Associate Professor of Epidemiology, University of Puerto Rico, Medical School, San Juan, Puerto Rico.

two weeks prior to the epidemic. This could not be confirmed, however, since clinics and private physicians had not kept a reliable record of such diagnoses. Typhoid fever has a low endemic level in Ponce, but three months previous to this study an outbreak of 9 cases had been reported from an area of Ponce called Belgica (Ward Tercero). The isolation of only one W form suggests that this case (9-year old male) may have resulted from exposures other than those responsible for the Ponce epidemic. Also suggestive of this possibility are two siblings (9-year old male and 8-year old female) who lived in an extremely poor sanitary environment and whose illnesses began on successive days. They were the only cases from the same household. These observations led the authors to postulate that these three cases were not related to the Ponce outbreak, and they are therefore excluded from further analysis.*

Compared with local observations in previous epidemic years (table I), the age-specific attack rates reveal a significant concentration of cases in the 5 to 14-year age group.

TABLE 1

AGE SPECIFIC ATTACK RATE PER 100,000 POPULATION[1] OF TWENTY THREE CASES OF TYPHOID FEVER OF PRESUMED COMMON ORIGIN REPORTED DURING THE PERIOD OF AUGUST 24 TO SEPTEMBER 17, 1956 FROM THE CITY OF PONCE.

	AUGUST 24 TO SEPTEMBER 17, 1956				Epidemic Years 1941, 1942, 1945 and 1956[2]
Age	Male	Female	Age Specific Attack Rate	Percent of Cases in each age group (23 cases)	Percent of Cases in each age group (153 cases)
0 - 4	1	2	31.9	13.0	7.9
5 - 14	12	5	68.2	74.0*	32.0*
15 & +	2	1	4.7	13.0	60.1
TOTAL	15	8	23.2	100.0	100.0

(1) 1950 Estimated Population.

(2) Reported cases from the city of Ponce during the specified years excluding cases with onset of illness during the period August 24 to September 17, 1956.

* $\frac{X}{O} = 3.62 \quad P \surd 0.0003$

* Inclusion of these cases, however, does not alter the analysis or the conclusions to be drawn. They are symbolized in Fig. I and Fig. III (as half circles) for purposes of complete presentation.

Nineteen of the 23 cases were concentrated in two adjacent wards in the center of Ponce. Eleven of these were from Ward Primero, which comprises 6 percent of Ponce's inhabitants. The attack rate for this ward was 175 cases per 100,000 population, 14 times greater than the rate for the remainder of Ponce (Figs. II, III). Six cases in this ward occurred on a single street called Wilson.

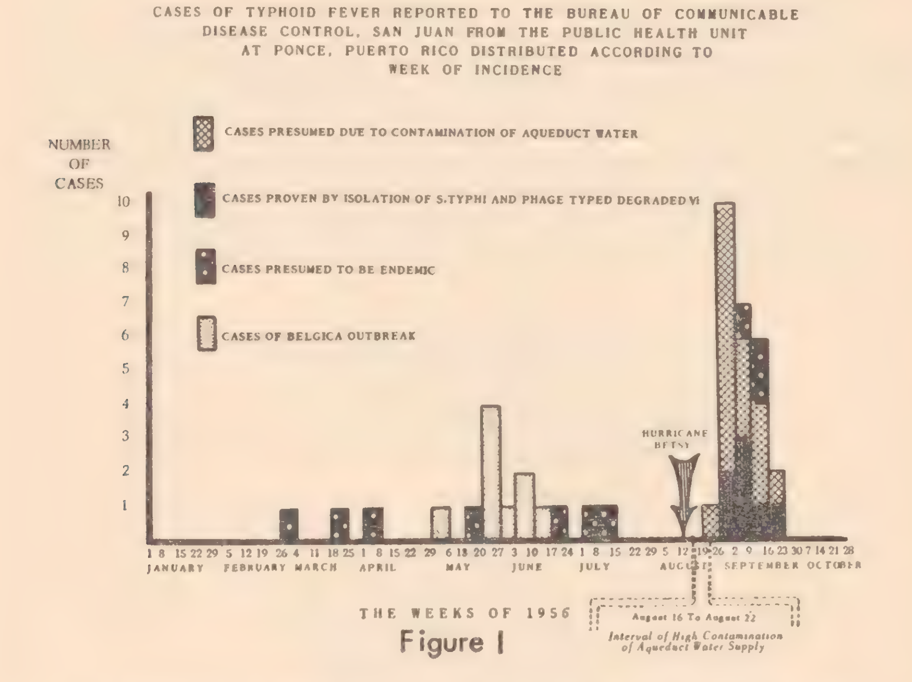


Figure I

No common food exposures, gatherings or contacts were found among the cases. The only nutriment consumed by a majority, fourteen out of twenty-three, was pasteurized milk of unquestionable bacteriologic quality. No relation between the patients was discovered except for a common aqueduct distribution. The single vehicle common to all patients was unboiled public water. No typhoid carriers were found in the household contacts of patients or in the food handlers. Furthermore, phage typing of 265 cultures of Salmonella typhosa in Puerto Rico from 1944-47[5] and 60 cultures from 1953-56 revealed that the degraded Vi type was uncommon. However, one of the three known carriers of this strain was from a suburban family of Ponce. A total of four such carriers were identified in this household but no one had apparently been in the city before the epidemic or had relation to any cases. Nevertheless, in this suburban zone, it became known that many families had a positive history of typhoid and had been

in Ponce two weeks previous to the epidemic. At this time there was an influx of many families from rural areas into the city in search for safe shelter as a result of Hurricane Betsy. Lack of field and laboratory personnel did not allow a community-wide typhoid carrier survey.

The Aqueduct Distribution System:

The preceding implications stimulated a detailed study of the public water system including unusual past events which may have predisposed it to contamination. A reservoir with filtration and chlorination processing facilities is the principal water source. There are also five deep wells with automatic chlorinators which pump directly into the distribution network (Fig. II). Cast-iron mains ramify from the sources and freely interconnect. The reservoirs and deep wells are peripheral to the area

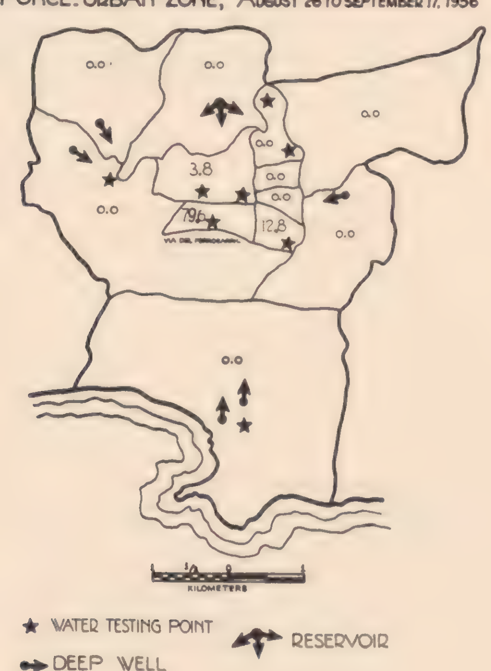


Figure II

of major water consumption and at a higher level. Minimum water flow and maximum stagnation consequently exists in the distribution system in the center of Ponce, corresponding to Wards Primero and Segundo. Ward Primero had added unique contamination risks because of many unjustified water main dead-end points which were not connected to the distribution network until after this report. Specific plumbing defects involving the aqueduct system of Ward Primero to be further discussed also contributed to contamination risks in this area.

On Sunday, August 12, 1956, Ponce was struck by Hurricane Betsy which brought heavy rains and interrupted the electrical power to the deep wells. Aqueduct water pressure in the entire city decreased and service was discontinued except for one hour in every eight, until the afternoon of August 14. The routine standard sampling of public water, from eight specific testing points on the first four working days of each week, was not per-

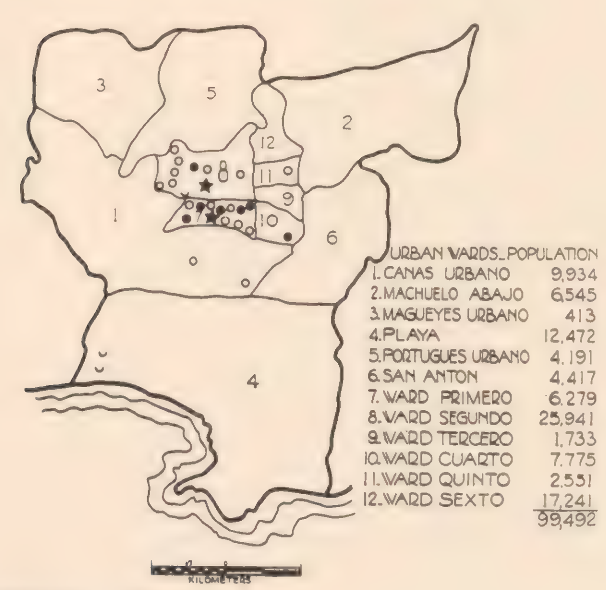


Figure III

formed on August 13 and 14, because of a lack of electricity in the laboratories. On the morning of August 15, eighteen hours after resumption of normal water service, all samples proved negative. On Thursday, August 16, the standard sample taken from the testing point in ward Primero exhibited a contamination of 16 or more confirmed coliforms per 100 ml. of water. This was not called to the attention of the authorities and the subsequent routine samples were collected on Monday, August 20. A second contamination of 16 or more confirmed coliforms per 100 ml. of water was found from the same testing point of Ward Primero. On August 22, this magnitude of contamination was reported from one of the two testing points in Ward Segundo (Fig. III). It had not been routine practice at that time to determine the residual chlorine content of the water. It will be remembered that presumably additional typhoid carriers temporarily resided in the city during the period of the hurricane. The ability of a single case or carrier to contaminate a public water supply and cause as many as a thousand cases has been described in the classic waterborne epidemics of Plymouth, Pennsylvania, and Ithaca, New York.[6] No recommendations were made to boil water during this period or measures taken to increase the residual chlorine content.

Relationship Between the Water Contamination and the Epidemic:

The first and the last epidemic cases appeared in Ward Primero, ten and thirty-two days following the first reported contamination in this sector. The great majority of cases were concentrated in the adjacent wards, Primero and Segundo, and were distributed around the only reported contaminated testing points (Fig. III). The median interval between the first reported contamination and the onset of illness was sixteen days for patients from each of the latter two adjoining wards. This was in contrast to a median interval of twenty-four days for the peripherally located patients from other sectors. A causal relationship was suggested between the contamination of the public water and the typhoid cases by virtue of this associated geographic and temporal distribution.

Inspection of all of the houses on Wilson Street revealed the following sanitary defects involving the public water distribution system: a private well connected directly with the aqueduct system without a check valve; a water faucet with only a two inch elevation above the ground; water and sewer pipes in the same trench; and a private well connected to house plumbing as an auxilliary supply. These findings are not unique to this street or

to Ward Primero, but are some of the specific hazards encountered which might have been responsible for a local contamination of the public water.

It is the frequent custom in Ponce to ration water during the dry winter season. This provided the investigators with a unique opportunity to reproduce experimentally part of the conditions which occurred following the hurricane, and to test the hypothesis that decreased hydrostatic pressure and an interruption of service would allow water contamination to occur. On December 11, 1956, water samples were taken in the eleven houses of ward Primero having had typhoid cases during the epidemic and all proved negative. At midnight, service was interrupted and restored the next morning. Second samples were taken during this afternoon (Dec. 12) from the same houses. In one of them a contamination of 16 or more confirmed coliform organisms per 100 ml. was found and a second house showed a contamination of at least 2.2. Both houses had proven cases phage typed degraded Vi during the epidemic.

Summary and Discussion:

An epidemic of twenty-three cases of typhoid fever, occurring in a large city of Puerto Rico, is presented. The epidemiologic method and **S. typhosa** phage typing technique were utilized to derive a hypothesis of water-borne transmission, which was previously obscure. Exposure to the public water logically explained the sudden onset and short duration of the epidemic with cases of a uniform phage type which were significantly concentrated in a particular area of the city. This area was found to be most susceptible to water contamination and in fact displayed strong coliform contamination prior to the outbreak. A hurricane (Betsy) was presumed to be the responsible factor for the contamination of the public water and also caused the influx of typhoid carriers into the city in search of safe shelter. Sanitary hazards were found involving the aqueduct distribution system in the epidemic area and a mechanism of local contamination was demonstrated experimentally. The exact time of exposure to infection with **S. typhosa** could not be determined, but on the basis of the epidemic curve it was postulated to be limited to a few days corresponding to the dates in which coliform contamination was found in the public water. The extreme dilution of a specific contamination in the distribution network of a large water supply may explain the low attack rate with a concentration of cases in the school-age group, who are regarded as most susceptible.

In the period prior to the epidemic the public water appeared of satisfactory quality because reports of repeated contaminations at a single water testing point were evaluated en masse with the negative results from others. The epidemic which followed indicates the importance of seriously evaluating each separate contamination of this magnitude, and also the need of collecting daily samples from such testing points until at least two consecutive samples prove the water to be of satisfactory quality, as is recommended by the Federal Drinking Water Standards.

The study illustrates some potential hazards affecting a public water supply following an interruption of normal community operations as exemplified by a hurricane. Attention is called to the importance of the first indications of water contamination, when immediate measures may be taken to avert a similar epidemic.

ACKNOWLEDGMENTS:

The Bureau of Communicable Disease Control, Commonwealth Health Department, San Juan, P. R. wishes to express its deepest gratitude to the staff of the P. H. Unit at Ponce under the direction of Dr. Guillermo Cardona, Chief, Medical Officer and Mr. Modesto Reyes, Chief of Sanitation for their excellent contribution to the field work involved in this investigation.

The phage typing of typhoid organisms encountered in this epidemic were performed at the Salmonella Laboratory, Chamblee, Georgia, through the courtesy of Dr. Philip R. Edwards.

REFERENCES

1. Budd, William — Typhoid Fever, its Nature, Mode of Spreading and Prevention, London, 1874. Reprinted, George Grady Press New York, 1931.

2. Wolman, Abel and Gorma, Arthur E. — The Significance of Water-Borne Typhoid Fever Outbreaks, The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1931.

3. Committee on Water Supply — Water-Borne Outbreaks in the United States and Canada, 1930-1936 and their significance, Am. Pub. Health, Ass'n. Year Book, 28: 137, 1938.

4. Hardenbergh, William — Water-Borne Disease Outbreaks, Pb. Works, 78: No. 11, 24 Nov., 1947.

5. Bonilla Soto, O. — The Epidemiological Importance of Bacterio-phage Typing of Salmonella Typhosa, Revista de Tecnología Médica, 6: 64-71, 1948.

6. Maxcy, K. F. — Preventive Medicine and Hygiene, Appleton Century Crofts Inc., New York, 192.

THE PHYSICIAN'S ROLE IN THE SOCIAL SECURITY DISABILITY PROGRAM*

Doctors, hospitals, institutions, and agencies who have contact with disabled people are frequently asked these days to fill out medical reports in connection with claims under the disability provisions of the social security law. Under these provisions, disabled workers 50 to 65 years of age, and the disabled dependent sons and daughters of retired or deceased workers, may receive monthly disability payments. Disabled workers under age 50 may have their social security records "frozen." This protects the future benefit rights of the disabled worker and his family.

To qualify under these disability provisions, a person must be unable to engage in any substantial gainful activity by reason of a medically determinable physical or mental impairment which can be expected to result in death or to be of long-continued and indefinite duration. A disabled worker must, in addition, have social security credits for work in at least 5 out of the 10 years before he became disabled, including a year and a half out of the 3 years before his disability began. A disabled child must be both unmarried and dependent, and must have become disabled before his or her 18th birthday.

Applications under the social security disability provisions are taken by the more than 570 social security district offices, located in communities all over the Nation. The social security district office gives the disabled applicant information about his rights, helps him to fill out his application, and to get the proofs and documents he may need to support that application. Under the laws, the disabled person is responsible for furnishing, at his own expense, the evidence to show that he is "disabled" within the meaning of the social security law.

His social security district office gives him one or more copies of a medical report form on which this evidence can be supplied. He is asked to take or mail this form to his attending physician or to a hospital institution, public or private agency where he has been treated for his disabling condition. This report form, designed as a guide for the reporting physician, lists the kind of medical facts essential for the determination of "disability". However, the reporting doctor is not required to use it; if he prefers, he may make his report in the form of a narrative summary or he may submit photocopies of the pertinent medical records. The completed reports are to be returned by mail to the social security district office (or to a State agency, if indicated).

---

* Submitted for publication by the Social Security Office.

By providing a full and objective clinical picture of his patient, the reporting doctor fulfills his responsibility to his patient and, incidentally, expedites the decision. To be of maximum use for the evaluation of a patient's capacity for work, the report should include a history of the impairment, the symptomatology, clinical findings and diagnosis. Obviously, the reporting physician has an important role in the operation of the social security disability provisions. He is not, however, asked to decide the issue of "disability". The determination as to whether a patient is "disabled" must be made within the scope of the social security law; often it is based on evidence from more than one medical source. Also the determination must take into account factors which are not purely medical-factors such as education, training and work experience.

After the applicant has filed his claim under the disability provisions, and furnished the supporting evidence, his case is forwarded by his social security district office to an agency of his State—usually the State vocational rehabilitation agency. Under agreements between the individual States and the Federal Government, these State agencies make the disability determinations for their own residents.

In the State of____________, the agreement with the Federal Government provides for the ________________________ to make these disability determinations.

The evaluation of disability is made by a "review team" in the State agency. There are at least two professional people on each team. One of the two is a doctor of medicine (often a practicing physician who serves with the State agency on a part-time basis); the other is trained in evaluating the personal and vocational aspects of disability. The team must decide whether the applicant is sufficiently disabled to prevent him from engaging in any substantial gainful activity within the foreseeable future.

In many cases it is necessary to write back to the reporting physician because the medical report does not contain enough clinical facts. As a rule, the kinds of medical facts that the attending physician needs in making his diagnosis and in treating his patient are the same as those required to evaluate the severity of impairments in disability programs. However, certain medical facts are more highly significant in disability evaluation than to medical management of the case. To evaluate the effect of the impairment on the individual's ability to work requires the kind of medical evidence that confirms the diagnosis and measures remaining functional capacities of mind and body. By furnishing complete and objective evidence, the reporting physician makes it

unnecessary for the reviewing physician to "write back" for additional clinical or laboratory data.

Where the medical evidence initially submitted indicates a reasonable likelihood that the applicant is disabled, but more precise clinical or laboratory findings are needed to arrive at a sound decision, or to resolve conflicts in the evidence, a consultative examination (usually at the specialist level) may be ordered to obtain additional information. Selection of consulting physicians and payment of fees are governed by State practices.

Some doctors feel that they should be reimbursed by the Government for the cost of preparing the medical reports on their patients, and it is, of course, quite within their prerogative to charge the patient a fee for that service. However, under the law, the Social Security Administration cannot pay that fee; that is, the individual's responsibility.

Other doctors are perturbed when asked to complete medical reports for individuals whom they may not have seen for years. In these cases, however, the physician is not expected to describe the present condition of the patient, but his medical condition as of the time he made his last examination. Although the social security disability provisions were made applicable to persons whose disabilities may have begun as far back as 1941, all those with long-standing disabilities must apply before July 1, 1958. After June 1958, therefore, this problem should be much relieved.

Evaluation of Disability

The central purpose of disability evaluation is to determine remaining mental and physical capacities. To determine: (1) what the claimant has left, and (2) what he can do with what he has left.

A realistic evaluation of disability must be based on clinical and laboratory tests of the individual's ability to meet the metabolic demands of activity, to reason, to perceive, and to perform certain basic activities such as sitting, standing, bending and walking. When incapacity results from severe impairment of one or more such functions, it is essential to establish not only the fact that functional impairment exists, but also its extent.

A brief discussion of disability from heart disease may serve to illustrate the kind of evidence needed to measure the patient's remaining functional capacity, after appropriate therapy. Most frequently, impairments of the circulatory system produce loss of bodily function by reduction of cardiac reserve, or interference with peripheral vascular circulation. As a result the circulatory apparatus cannot meet effectively the metabolic demands placed

upon it. The diagnosis of the condition usually reflects whether the impairment is caused by valvular disease, myocardial damage or vascular pathology.

Cardiac size by X-ray or physical and EKG findings furnish objective proof of cardiac pathology. The amount of dyspnea or angina described in terms of the number of steps that can be mounted or distance in feet or blocks that the patient can walk is highly significant to evaluation of the degree of loss of function. The presence or absence of cardiac edema and response to therapy are also indicative of severity of cardiovascular impairments. The status of the pulse in the peripheral vessels may provide gross clinical evidence of impaired circulation of the extremities.

Impairments of the cardiovascular system may manifest themselves with dramatic suddenness, e.g., myocardial infraction, obstruction of vessels in peripheral or central nervous system circulation, lungs, and other visceral organs. The initial clinical manifestations are severe and the prognosis dubious. With survival from the acute stage, and appropriate therapy, substantial improvement can be expected over a period of time. A realistic evaluation of remaining function should be made after the convalescent period. Hence, the clinical and laboratory findings after maximum improvement from treatment are particularly valuable in making a determination of remaining cardiac, brain or other function. (Note that a "waiting period," is prescribed by law, i.e., the first monthly disability insurance benefit cannot be paid until the seventh month after the onset of the disability.) A description of the acute attack helps confirm the diagnosis and should therefore be included in the report.

Loss of function is evaluated on the basis of clinical and laboratory findings after maximum benefit from treatment. Clinical information concerning nature and response to treatment furnishes information on stability of functional capacity, i.e., a history of periodic decompensated heart disease, in spite of treatment, would indicate a comparatively severe condition.

More complicated tests of vascular function may be required in certain cases, e.g., arteriography. The reporting physician should not be concerned because he may not have equipment to perform these tests. A carefully performed exercise tolerance test (if not medically contraindicated) will almost always provide the clinical evidence needed to evaluate the degree of remaining function.

Conclusion

In developing evaluation guides for the use of state agengy and its own technical and professional personnel, the Social Security

Administration has had the continuing cooperation of a Medical Advisory Committee appointed by Commissioner Schottland, in February 1955. The Committee is composed of recognized specialists associated with medical and allied professions in various fields outside Government, such as general practice, research, medical education, industry and labor.

The American Medical Association has cooperated with the Social Security Administration by informing its members about the medical aspects of the disability program, especially the preparation of medical reports. On June 1, 1957, the Journal of the American Medical Association carried a comprehensive report on the administration and organization of the disability provisions. Regulations on the meaning of disability appeared in the September 28, 1957, issue.

EDITORIAL

LOS MEDICOS EN MARCHA

Ha ocurrido lo que tenía que ocurrir. El médico puertorriqueño se ha propuesto darle a sus conciudadanos un plan prepagado y voluntario de servicios médicos.

Aquello que parecía distante se convertirá en palpitante y cercana realidad. Ya se vislumbra en el horizonte un servicio médico a nuestro público de clase media, garantizado por los principios éticos que hacen de nuestra profesión una de nobles menesteres. Ya se plasma el sendero de éxito que recorre un plan de servicos médicos cuando le traza la norma y le da el respaldo la clase médica misma.

En un futuro cercano nuestros directores contarán con los mecanismos adecuados que harán posible desarrollar este plan, en bien de nuestro público.

Todo ha sido posible porque los médicos están en marcha. *Han despertado a la realidad de que para poder seguir ejerciendo libremente la medicina moderna que ellos conocen, se hace necesario un vivo interés en los asuntos de la comunidad y una sincera y ecuánime evaluación de los problemas socio-económicos de la práctica de la medicina.*

Se han afincado en sus principios éticos y no respaldan aquellos planes actuales en que se violan esos principios, en detrimento de la calidad de los servicios médicos que nuestro pueblo demanda y merece.

Esa marcha justiciera de nuestros médicos se hace con mente serena, frente en alto, y corazón en mano. Brilla la verdad y se percatan los compañeros de cuán productiva es la acción en conjunto cuando la causa es justa.

¡Médico boricua, adelante, y que Dios te ilumine en tu empeño de brindar estos planes al pueblo!



the bactericidal action makes the difference

In addition to rapid clinical response, 'Ilotycin' provides the important advantages only a bactericidal antibiotic can give you. 'Ilotycin' effectively eliminates strep. carrier states, directly kills pathogens to prevent the emergence of resistant strains, and offers maximum assurance against spread of infection.

Also consider 'Ilotycin' for safer therapy. Allergic reactions following systemic treatment are rare. Bacterial flora of the intestine is not significantly disturbed.

You can achieve more complete antibiotic therapy with 'Ilotycin.'

Usual adult dosage is 250 mg. every six hours.

*'Ilotycin' (Erythromycin, Lilly)

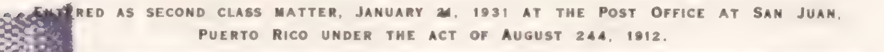
ELI LILLY PAN-AMERICAN CORPORATION
Indianapolis 6, Indiana, E.U.A.

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

VOL. 50 SEPTIEMBRE, 1958 NO. 9


ENTERED AS SECOND CLASS MATTER, JANUARY 24, 1931 AT THE POST OFFICE AT SAN JUAN, PUERTO RICO UNDER THE ACT OF AUGUST 244, 1912.

OFICINA ADMINISTRATIVA:

Edificio de la Asociación Médica de Puerto Rico, Ave. Fernández Juncos Parada 19, Apartado de Correos 9111, Santurce, P. R.

FECHA DE PUBLICACION:

Día último de cada mes.

TRABAJOS ORIGINALES:

Los trabajos originales deben ser enviados al presidente de la Junta Editora, Apartado de Correos 9111, Santurce, P. R., o entregarse directamente en la Secretaría de la Asociación Médica, Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce. P. R.

Los originales deben venir escritos a máquina, a doble espacio.

No se devuelven originales. Los autores son responsables de las opiniones que emitan en sus artículos. Ningún artículo publicado en el Boletín podrá ser reproducido sin la previa autorización escrita del Presidente de la Junta Editora.

CITAS BIBLIOGRAFICAS:

Las citas bibliográficas deberán mencionar, en el siguiente orden de sucesión: apellido del autor; iniciales de sus nombres; título del trabajo; título del periódico (abreviado); volumen, página y año. Las citas llevarán un número de acuerdo a su orden de presentación en el texto y correspondiente a la numeración colocada al final.

Ejemplo: 1. Koppisch, E.: Pathology of Arteriosclerosis, Bol. Asoc. Med. de P. R., **46**: 505, (Noviembre) 1954.

ILUSTRACIONES:

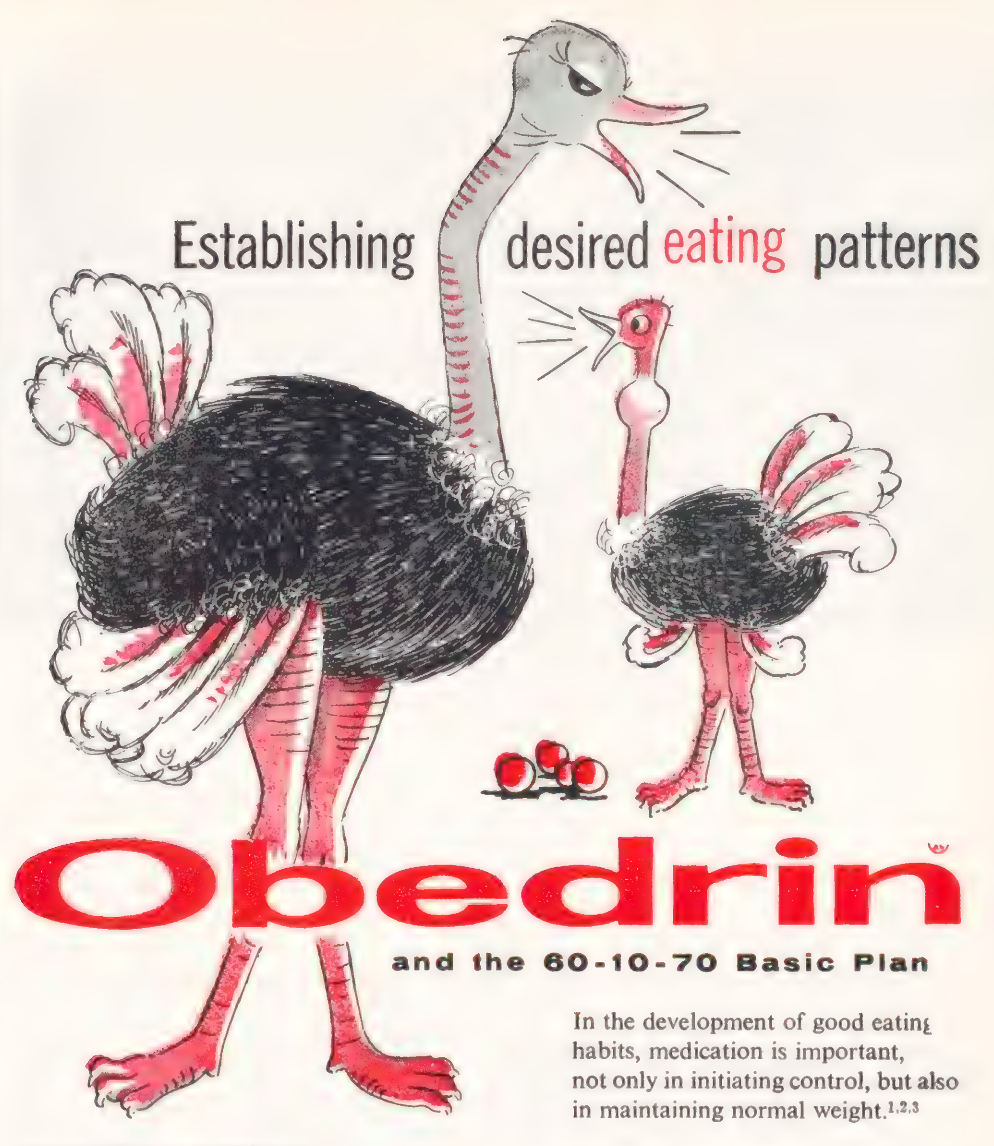
Las fotografías que acompañen el artículo deberán estar bien presentadas. Los dibujos y esquemas deberán estar hechos en tinta negra sobre papel blanco. Todas las ilustraciones deberán estar numeradas y se deberá indicar la parte superior de las mismas. Cada ilustración deberá venir acompañada de la leyenda correspondiente.

ANUNCIOS Y SUSCRIPCIONES:

Información en relación con anuncios y suscripciones será suministrada a solicitud en la Secretaría de la Asociación. Todo material de anuncio está sujeto a la aprobación de la Junta Editora.

SUSCRIPCION:

$5.00 al año.



Obedrin contains:

- Methamphetamine for its anorexigenic and mood-lifting effects.
- Pentobarbital as a balancing agent, to guard against excitation.
- Vitamins B_1 and B_2 plus niacin to supplement the diet.
- Ascorbic acid to aid in the mobilization of tissue fluids.

Since Obedrin contains no artificial bulk, the hazards of impaction are avoided. The 60-10-70 Basic Plan provides for a balanced food intake, with sufficient protein and roughage.

Formula

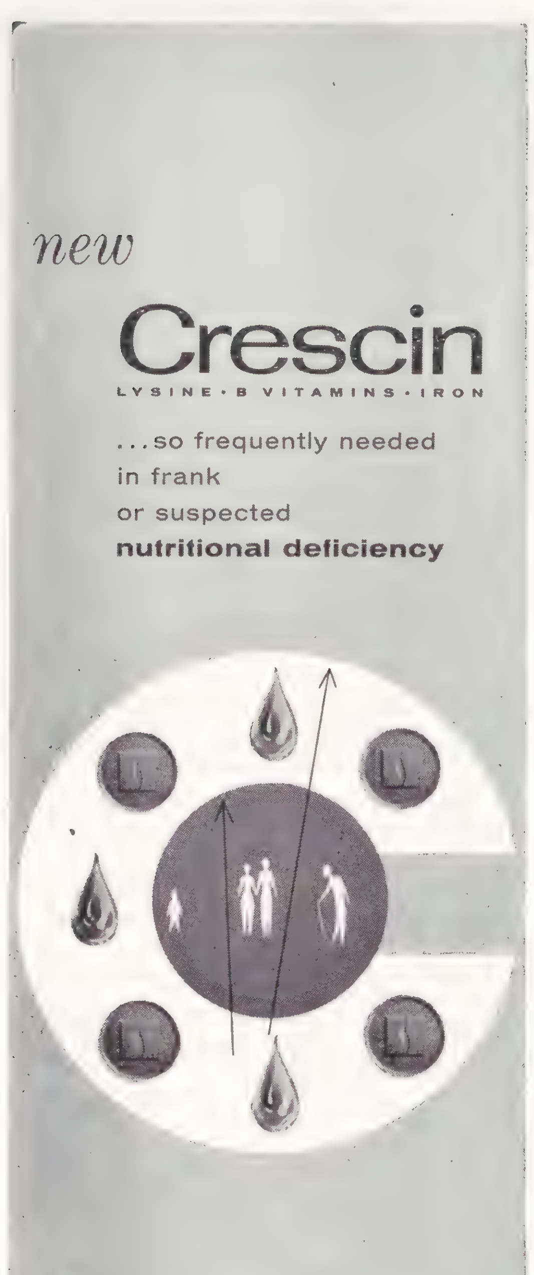
Semoxydrine HCl (Methamphetamine HCl) 5 mg.; Pentobarbital 20 mg.; Ascorbic acid 100 mg.; Thiamine HCl 0.5 mg.; Riboflavin 1 mg.; Niacin 5 mg.

1. Eisfelder, H.W.: Am. Pract. & Dig. Treat., 5:778 (Oct.) 1954).
2. Sebrell, W.H., Jr.: J.A.M.A., 152:42 (May, 1953).
3. Sherman, R.J.: Medical Times, 82:107 (Feb., 1954).

Write for 60-10-70 Menu pads, weight charts, and samples of Obedrin.

THE S. E. MASSENGILL COMPANY
BRISTOL, TENNESSEE

Distribuidores: COMMERCIAL GODEL - Calle Europa 802
Tel. 3-1061 — Santurce, P. R.
P. O. Box 1081 — San Juan, P. R.



a new lysine-fortified nutritional rehabilitant for all age groups from infancy through old age

Indications:

In infancy, childhood, convalescence, pregnancy, lactation and senility to

- increase appetite and food intake when specific deficiencies are present
- correct anorexia and retarded growth resulting from certain nutritional deficiencies
- increase intake of essential nutrients
- promote better utilization of protein
- combat nutritional deficiencies during stress conditions

In pleasant-tasting fruit-flavored tablets and drops.

Each tablet and each cc.
of Crescin provides:

L-lysine HCl	300 mg.
Thiamine HCl	10 mg.
Pyridoxine HCl	5 mg.
Cyanocobalamin (B_{12})	25 mcg.
Iron (as ferrous fumarate)—tablets	7.5 mg.
Iron (as ferrous sulfate)—solution	7.5 mg.



MEAD JOHNSON INTERNATIONAL EVANSVILLE, INDIANA, U.S.A.

CR-J158E

L. G. MAISON & CO.—No. CR—J158E
—Mead Johnson Int'l Crescin Trade Paper Ad

Calle Loíza 1511 — Santurce, P. R.

"Un poquito más de KLIM... por favor, Mami"





Al recetar leche para los bebés, el médico puede estar seguro que KLIM es la *mejor* leche . . . la mejor, porque . . .

NINGUNA OTRA LECHE COMBINA TANTAS E IMPORTANTES VENTAJAS para la alimentación infantil. Por ejemplo, la leche KLIM es . . .

KLIM
POWDERED WHOLE MILK
LECHE EN POLVO

La Leche que Ud. Puede Recomendar con Toda Confianza

LECHE KLIM

Superior en Calidad—Unicamente se usa leche de la mejor calidad en la elaboración de KLIM.

Pura y Segura*—Cuando Ud. recomienda KLIM puede tener la más absoluta confianza de que es siempre una leche pura y bacteriológicamente segura.

Uniforme*—KLIM es completamente uniforme tanto en la cantidad como en la proporción de sus elementos nutritivos. No hay riesgo de trastornos digestivos debido a las variaciones en la alimentación.

*La pureza, seguridad y uniformidad de KLIM están garantizadas por el estricto Sistema Borden de Control de Calidad.

Fácil de Digerir—La leche KLIM es más fácil de digerir porque las partículas de proteína y grasa son más pequeñas . . . el coágulo de proteína es más blando.

Flexible—KLIM permite que la cantidad y tipo de carbohidrato añadido a las fórmulas puedan cambiarse, de acuerdo con las necesidades individuales del bebé.

Fortificada con Vitamina D—KLIM contiene una cantidad suficiente de Vitamina D para proporcionar óptimo crecimiento, así como también para evitar el raquitismo y para ayudar a desarrollar huesos y dientes fuertes y sanos.

Como Ud. puede ver en esta lista compendiada, la leche KLIM combina muchas e importantes ventajas para la alimentación infantil. Por esta razón los médicos en todas partes están de acuerdo en que . . . KLIM es la mejor leche para el bebé.

THE BORDEN
FOOD PRODUCTS COMPANY
Division of The Borden Company
350 Madison Avenue
New York 17, N. Y., E.U.A.

Distribuidores para Puerto Rico:
PLAZA PROVISION COMPANY, Fortaleza 104, San Juan, P. R.

DOBLEMENTE RICO*!

*Rico en **SABOR!**

*Rico en **VITAMINAS!**

JUGO DE TOMATE LIBBY'S

DELICIOSO!

NUTRITIVO!

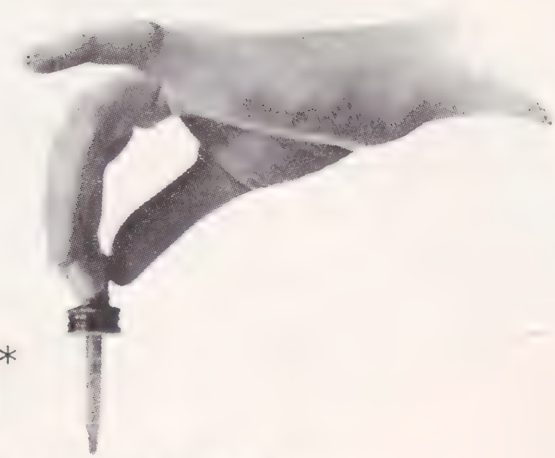
SALUDABLE!

Si quiere lo mejor pida la marca

Libby's

Libby's

TOMATO JUICE





ABRE UN NUEVO CURSO A LA TERAPIA ESTEROIDE

MARCA DE FABRICA

DECADRON

(DEXAMETASONA)

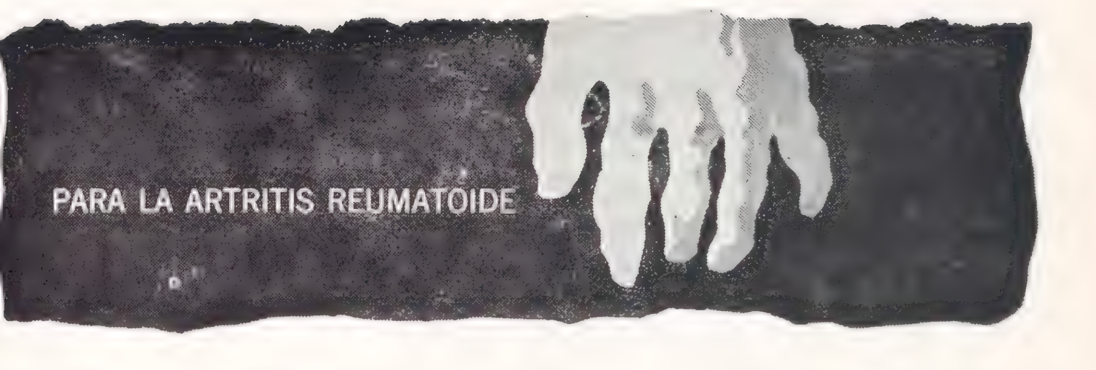
suprime los efectos colaterales—principal desventaja de la terapia corticosteroide—en forma mucho más amplia que cualquier otra sustancia conocida

AHORA

la terapia puede aplicarse con mayor inocuidad y prontitud, con mejores perspectivas en sus resultados... teniendo como consideración principal la necesidad del paciente, no los efectos colaterales... sin muchas de las desventajas que limitaban la utilidad de los corticosteroides desarrollados durante el período transicional que comenzó con el descubrimiento de la cortisona y terminó con el de DECADRON / *mayor inocuidad... varias veces más potente que cualquier otro corticosteroide.*



MERCK SHARP & DOHME INTERNATIONAL
DIVISION OF MERCK & CO., INC.
100 Church Street, New York 7, N. Y., U.S.A.



PARA LAS DERMATOSIS Y LOS TRASTORNOS ALERGICOS





KENACORT

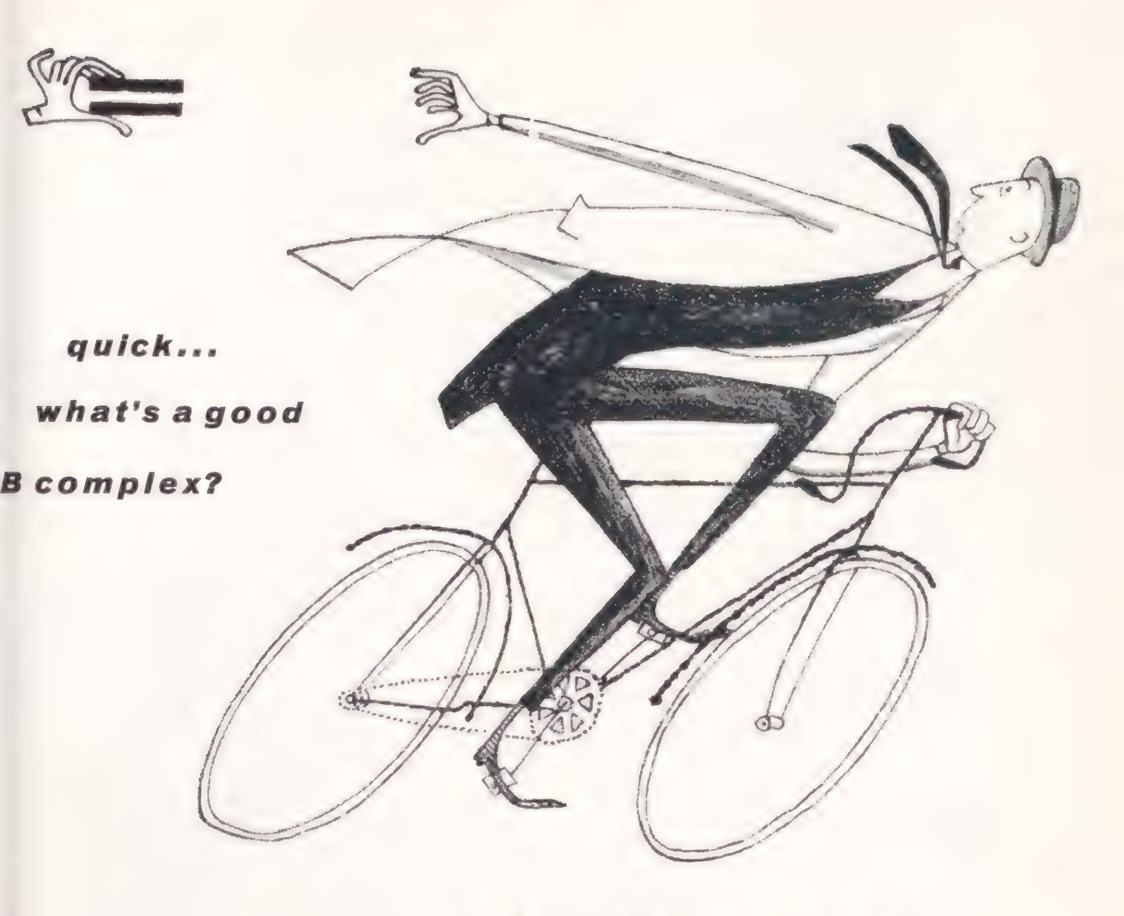


Ahora . . . por primera vez . . . todas las ventajas del tratamiento corticosteroide sistémico sin retención de sodio y agua y con molestias gástricas mucho menores

Tabletas divisibles de: 1 mg., frascos de 10 y 50; 4 mg., frascos de 10 y 30.

SQUIBB

'Kenacort' es una marca de fábrica


quick...
what's a good
B complex?

BOLETIN

DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

VOL. 50 SEPTIEMBRE, 1958 No. 9

CARDIOVASCULAR PROBLEMS IN GERIATRIC SURGERY*

RAMON M. SUAREZ, SR. M.D. and
RAMON M. SUAREZ, JR., M.D.

A longer life-span, an increase in population, improved surgical procedures, better anesthetic methods and the discovery of antibiotics have resulted in more and more operations on aged patients, with a mortality only slightly higher than that obtained in younger age groups.

Few operations are too dangerous for the elderly patient whose physical condition has been properly appraised and who has been well prepared and managed before, during and after the surgical intervention by a team made up of an internist, a surgeon and an anaestesiologist.

Seven years ago we read a paper at the annual meeting of your Society on a similar subject.[1] Many of the statements then made and many of the conclusions reached still hold true.

"Normal" Cardiovascular Aging

The so-called "normal or physiologic aging of the heart has been called "Presbycardia" by Dock (1945) and "senile heart disease" by Harrison and Resnik five years later.

The "normal" anatomic and physiologic processes of aging have been summarized by Cohn[2] as follows:

1. There is increase in the subepicardial fat.
2. There is more rigidity and less accurate closing of the valves.
3. Thickening of the endocardium, especially in the left auricle but also on the septal side of the left ventricle and the apices of the papillary muscles.
4. Changes in the striated muscle fibers; in advanced age the striations disappear about the nuclei.

---

* Read at the annual session of the P. R. Urological Society. Santurce, P. R., July 26, 1958.

5. Steadily increasing pigment at the poles of the muscular nuclei.
6. Increase in size of the nuclei, which become more complex and take on more dye than in youth.
7. Changes in the elastic tissue of the aorta, the ventricles and particularly the auricles.
8. Changes in the coronary arteries, the anterior descending branch maturing the earliest, and changes in the posterior descending branch lagging, perhaps from five to ten years.
9. Decrease in the rate of the heart.
10. Possible changes in rhythm, such as premature beats and paroxysmal auricular fibrillation.
11. Decrease in the ability of the heart to consume oxygen.
12. Changes in the innervation of the heart which becomes less sensitive to the effects of atropine and more sensitive to carotid sinus stimulation.
13. Electrocardiographic changes.
14. Peripheral arterial and capillary changes.

The coronary arteries have been found significantly diseased in 25 per cent of 2,000 consecutive autopsies by Wartman and Hellerstein.[3]

The "Nomenclature and Criteria for the Diagnosis of Diseases of the Heart" states that "the predictable normal weight of a heart in grams may be calculated by multiplying the weight of the body in kilograms by 4.3 for males and by 4 for females". Roesler[4] claims that atrophy of the heart begins between the ages of 60 and 65 years, and that it may result in a decrease in weight of as much as 50 gm.

The normal heart beats 42 million times every year and 2.5 billion times when the individual attains the age of 61. In spite of its constant and wonderful work the "normal" heart of the aged is small in size, slow in rate and shows no or insignificant murmurs. This heart should present no problems to geriatric surgery.

Population of Puerto Rico

The population of Puerto Rico has been gradually increasing, but the increase has been relatively greater in the number of people of 60 years of age and over. As shown in the following table, persons of 60 years and over were only 99,449 or 5.3 **per cent** of the total, in the year 1940, when the population of the island was 1,877,785, while in the year 1955, the population was

2,263,039 and the number of old people had increased to 143,722 or **6.4 per cent.** Last year, 1957, the population was estimated as 2,280,882, and the people of 60 years of age and over at 160,602 which represents 7 per cent of the total population.*

POPULATION OF PUERTO RICO

Year	Total	Above 60 yrs.	%
1940	1,877,785	99,449	5.3
1945	2,048,510	117,519	5.7
1950	2,207,028	133,802	6.1
1955	2,263,039	143,722	6.4
1956	2,267,320	149,259	6.6
1957	2,280,882	160,602	7.0

Hospital Population

In a 20-years survey of a hospital population which we presented last year at the annual meeting of the P. R. Medical Association it was shown that from 1937 to 1946 the number of patients admitted to Mimiya Hospital was 7,945.[5] Patients 60 years old and over were 549 or 6.9 per cent. Those over 65 years of age were 435 or 5.4 per cent and patients over 80 years of age were only 17 or 0.2 per cent. In the next decade, from 1947 to 1956, the number of admissions was 12,607 and patients 60 years old and over increased to 3,726 or 29.5 per cent. The group over 65 years was 1,583 or 12.5 per cent of the total number of patients admitted, while those 80 years and over increased to 164 or 1.3 per cent.

In 1957, admissions totalled 1,687; those 60 years old and over were 519, those 65 and over were 271 and 44 patients were over 80 years of age. Last year, therefore, elderly patients represented a little **over 30%** of the hospital population.

It is interesting to note that the 519 elderly patients admitted to the hospital last year nearly equal the number admitted during the first 10 years, which was only 549.

In the series of 3,726 old Puerto Rican patients admitted to the hospital in the decade between 1947 and 1956, not a single case of malignant hypertension was observed. Malignant hypertension, therefore, should not be a problem in geriatric surgery.

Using as the upper limits of normal blood pressure 150/90 mm. of mercury, we found that 924 (25.2%) of the 3,726 old pa-

* These figures were supplied by Mr. José Janer, Chief, Bureau of Vital Statistics, Department of Health, Commonwealth of Puerto Rico.

tients showed an elevated blood pressure, but hypertensive cardiovascular disease was observed only in 118 patients (3.2%). We also found that the diastolic pressure remained almost constant after the age of 65 in both sexes and that women tolerate high levels of blood pressure better than men of the same age.

An apparent paradox pointed out by Master[6] in a recent publication is the fact that older women have higher blood pressures and higher serum lipid values, both of which are said to shorten life, and yet they live longer.

In taking the blood pressure we should remember these three important and practical points: (1) People with large arms may show up to 40 mm. higher blood pressure; (2) those with thin arms 40 mm. lower blood pressure readings than their real intraarterial pressures; and (3) when a patient shows high blood pressure in the first reading, if you make him take full and rapid respirations while taking a second reading, definite lower figures will often be obtained.

We may summarize the chapter on arterial hypertension by stating that the systolic hypertension as observed in the aged is not, by itself, a contraindication to major surgical procedures. Operative procedures are tolerated virtually as well by patients with uncomplicated hypertension as those with normal blood pressure.

Coronary Heart Disease

The surgical risk is somewhat higher with coronary artery disease than with other cardiac diseases. Therefore, it is especially important that the surgical indication be unequivocal. However, according to Friedberg,[7] major operations are well tolerated by the great majority of patients with clinical coronary disease provided adequate measures are taken to prevent myocardial ischemia. Citing the same author: "Preoperative emotional anxiety and excitement, hypoxia, shock and deep anesthesia must be avoided".

The classical signs and symptoms of acute myocardial infarction are rarely observed in old people. Pain is rarely severe and agonizing. In many instances the distress is as variable and mild, as in angina. Shock is not a common feature, although a fall in blood pressure is often observed. A rise in body temperature, a moderate leucocytosis, an increase in oxaloacetic acid transaminase and in lactic acid dehydrogenase and characteristic electrocardiographic changes are the usual positive findings.

Unless there is an acute emergency demanding immediate operation surgical procedures should be delayed for at least 3 months following the acute myocardial infarction. Operations

should also be avoided or delayed when before or after an attack of coronary thrombosis angina pectoris occurs with increasing frequency and with less and less provocation.

Rheumatic Fever

Rheumatic fever is a disease of children and young adults, but occasionally a first attack may occur in patients past the age of 60. In patients past 60 the valvular lesions of rheumatic fever may be found often associated with arteriosclerotic or hypertensive heart disease.

The well compensated and inactive rheumatic young cardiac patient tolerates surgical operations almost as well as the normal person. The old rheumatic cardiac patient because of the concomittant coronary atherosclerosis which impairs the blood supply required to maintain compensation by the enlarged heart is a rather poor surgical risk. He may go readily into heart failure. A complicating subacute bacterial endocarditis may follow dental operations and operations on the genito-urinary tract.

Aortic stenosis

Aortic stenosis is a more serious condition when due to rheumatic fever than when due to arteriosclerosis. Patients with calcified aortic stenosis are prone to die suddenly following the slightest provocation. Not a few of the sudden deaths occurring during anesthesia or during even minor surgical procedures have been shown by post mortem investigations and by coroner's statistics to be due to unsuspected aortic stenosis.

It is important, therefore, to rule out aortic stenosis in all patients undergoing surgery. And it is important to remember that the classic textbook description of aortic stenosis, i.e., rough, diamond shaped systolic murmur with absent second sound, thrill, calcification of the leaflets, left ventricular hypertrophy and a small pulse pressure is the exception and not the rule.

The diagnosis should be suspected in any patient who suffers episodes of faintness or dizziness, or chest pain not quite like that of angina pectoris and longer in duration, or in whom pulmonary edema develops suddenly. He may show only a slight murmur over the aortic area, no palpable thrill and frequently the pulse pressure is not narrow.

Bundle branch block

Bundle branch block and heart block per se are not contraindications to a surgical operation, but the association of Adams-Stokes syndrome increases significantly the morbidity and mortality.

Chronic atrial fibrillation

Chronic atrial fibrillation in a well compensated heart does not add materially to the morbidity and mortality of surgical procedures. Complications have been reported rather commonly when digitalization was inadequate, when there was recent congestive failure, or angina pectoris or emphysema, azotemia or obesity.

Heart Failure

A major hazard in geriatric surgery is heart failure. No surgical procedure of any importance should be attempted in a patient with a decompensated heart.

We should scrutinize our aged patient most carefully for the slightest signs or symptoms of congestive heart failure.

A persistent cough in an old person may be the initial and for some time the only evidence of heart failure. The nocturnal cough may be the result of pulmonary vascular congestion and insomnia may be due to mild air hunger. An abnormal fatigue should be considered seriously and digestive disturbances may occur early because of hepatic congestion.

We know that heart failure is more common in the older than in the younger group of patients, that it is sometimes the only manifestation in the older thyrotoxic patient, that it is more frequent in the hypertensive than in the normotensive patient, and that it may be induced by electrolyte disturbances and by physical and emotional stresses.

The method of choice for the treatment of heart failure in the aged patient is slow digitalization by the oral route.

Prophylactic Use of Digitalis

Although there are a few clinicians who give digitalis prophylactically to all geriatric surgical patients, we do not favor its use in patients with compensated hearts unless digitalis had been previously given during heart failure. If an old person has shortness of breath and we cannot determine its cause, it is proper to assume that he may have some degree of heart failure and complete digitalization is indicated.

The unexpected occurrence of heart failure during or after an operation can be adequately treated with one of the rapidly acting glycosides which, in emergency, may be administered intravenously.

Electrocardiogram

Although it is well known that the electrocardiogram does not measure the functional capacity of the heart and that there

is poor correlation between the electrocardiogram and the incidence of postoperative complications, we recommend that electrocardiograms be taken routinely to all aged patients undergoing surgical intervention. An occasional patient with acute abdominal symptoms may be spared an unnecessary laparotomy by a tracing showing a recent myocardial infarction.

Ballistocardiogram

In 1951 we presented a study of ballistocardiography at different age levels and suggested its use as a practical tool in evaluating the senile heart.

Although ballistocardiography remains a somewhat controversial subject and although its real position in clinical medicine has not been settled as yet, we agree, with most investigators, that the ballistocardiogram is related to the strength of the heart beat and that it is a rather sensitive indicator of its functional capacity.

The great majority of ballistocardiograms taken of people beyond the age of 50 years show some degree of abnormality, but the finding of a normal record in the elderly patient justifies a more optimistic prognosis.

Vital Capacity

Definite evidence of degenerative cardiopulmonary disease can often be elicited in the older person by studying his pulmonary ventilation.* The determination of the timed vital capacity is an easy and practical office method for the rough appraisal of the cardio-pulmonary status. Its routine use in all geriatric surgical patients is, therefore, justified.

Malnutrition and vitamin deficiencies

Deficiencies of biotin, pyridoxin and pantothenic acid have been shown experimentally to produce impairment of myocardial metabolism, but these are of no clinical importance. On the other hand, serious anemic heart disease is occasionally observed in cobalamine deficiency or pernicious anemia; cardiac dilatation has been seen in rickets; hemopericardium is seen in scurvy and conduction defects have been described in pellagra.

From a cardiovascular standpoint, the most important vitamin

* Aged persons have a smaller vital capacity, a larger residual volume, a larger functional residual capacity and a moderate reduction in maximum breathing capacity.

deficiency is that of thiamin or vitamin B[1], which gives rise to a clinical entity known as Beri-beri heart.

Beri-beri Heart

The classical manifestations of this vitamin deficiency are rare in Puerto Rico because of the widespread consumption of pork meat and beans both of which are rich in thiamin, but subclinical manifestations should not be at all rare amongst our alcoholic elderly patients.

The clinical picture of beri-beri heart as described by Blankenhorn is characterized by an enlarged heart with normal sinus rhythm, right sided failure with edema, anasarca and high venous pressure. The electrocardiogram shows non-specific changes such as prolongation of the QT interval similar to that seen in hypopotassemia, lowering of QRS complexes and low or inverted T waves. The patients often show signs of peripheral neuritis or of pellagra. The skin is usually warm due to peripheral dilatation and sometimes pistol-shot sounds can be detected in the femoral arteries.

The biochemical defect in thiamin deficiency is the failure of decarboxylation of pyruvic acid due to reduced tissue content of cocarboxylase, the co-enzyme required for this function in the utilization of carbohydrate.

The laboratory diagnosis may be established by the presence of a low urinary thiamin excretion in a 24 hour specimen or in 4 hours following a loading dose of this vitamin, or by an elevated blood pyruvate level following the administration of glucose and exercise.

The disease should be suspected in any alcoholic malnourished old patient, who in the absence of pulmonary emphysema shows right sided cardiac hypertrophy, a warm skin and signs of peripheral neuritis. When we find a normal circulation time in the presence of congestive heart failure and a rapid bounding collapsible pulse with a wide pulse pressure the diagnosis of beri-beri heart has been practically settled. The response to thiamin chloride furnishes the crucial test.

Conclusion

We have given a somewhat sketchy discussion of the most important cardiovascular problems in the geriatric surgical patient. For the sake of brevity we have omitted comments on cerebrovascular and peripheral vascular pathology.

We conclude as we did in 1951 by stating that "except when the surgical indications are absolute or in urgent emergencies,

major operations should be avoided in heart failure, in severe coronary disease, in calcified aortic stenosis, especially when there is dizziness, syncope or angina pectoris, in patients suffering from Adams-Stokes syndrome, and in syphilitic heart disease producing stenosis of the coronary ostia", but we claim, with Schecter[8] that "a dogma of contemporary medicine should be that no patient, regardless of age, should be denied surgery when such intervention may prolong life or reduce pain and disability".

BIBLIOGRAPHY

1. Suárez, R. M. and Suárez Jr. R. M.: "Riesgos Quirúrgicos en el Enfermo Presbicárdico", Bol. Asoc. Med. de P. R. 43:499, 1951.

2. Cohn, A. E.: Problems of Ageing, E. V. Cowdry, Editor, Chap. 7 Ed. 2, Williams and Wilkins, Baltimore, 1942.

3. Wartman, W. B. and Hellerstein, H. K.: The Incidence of Heart Disease in 2,000 consecutive autopsies, Ann. Int. Med. 28:41, 1948.

4. Roesler, H.: Clinical Roentgenology of the Cardiovascular System, Thomas, Springfield, Ill., 1937.

5. Suárez, R. M. and Suárez Jr. R. M.: Hypertension in the Puerto Rican Aged, Bol. Asoc. Med. de P. R. 50:56, 1958.

6. Master, A. M., Lasser, R. P. and Jaffe, H. L.: Blood Pressure in White People over 65 years of age, Ann. of Int. Med. 48:284, 1958.

7. Friedberg, C. K.: Diseases of the Heart, W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1956.

8. Schechter, D. C.: Practical Considerations in the Management of the Geriatric Surgical Patient, J. Am. Geriatric Soc. 5:832, 1957.

HYDRALAZINE DISEASE VERSUS LUPUS ERYTHEMATOSUS DISSEMINATUS

REPORT OF A CASE

*JOSE A. DE JESUS, M.D.**

Hydralazine hydrochloride (L-hydroezinophthalazine, Apresoline) has been widely used as an antipressor agent. It lowers the blood pressure through central action perhaps at the level of the hypothalamus and has a partial adrenergic blocking effect.[1] At times, excellent results have followed its use in persons who have failed to benefit from sympathectomy.[2] Various toxic effects of this drug have been reported in the literature as shown in Table I. The most remarkable untoward reaction to this drug is in the form of a lupus-erythematosus-like syndrome.[1,2,3,4,5,6,7,8,9] All degrees and modalities of this syndrome occurs from febrile and rheumatic reactions to a complete picture of disseminated lupus erythematosus.

TABLE I

Toxic reactions reported during Hydralazine Therapy

Faintness	Epiphora
Fever	Tachycardia
Anorexia	Angina Pectoris
Nausea	Heart failure
Weakness	EKG changes
Mouth dryness	Pancytopenia
Headache	Arthralgia
Paresthesia	Arthritis
Apathy	Rheumatoid arthritis
Drowsiness	Skin rash
Blurring of vision	Collagen-like disease
Bladder paralysis	Lupus erythematosus-like disease

CASE REPORT

J.O.S., a 44 years old carpenter, was found to have hypertension in Jan. 1949 when he was hospitalized elsewhere for Bell's palsy. At that time he complained of exertional dyspnea. He had gradual recovery from facial palsy but did not follow any regime for his hypertension. Subsequently he had an episode of severe epistaxis in April 1949 at which time he was first admitted to San

* From the Medical Service, Veterans Administration, San Juan, Puerto Rico.

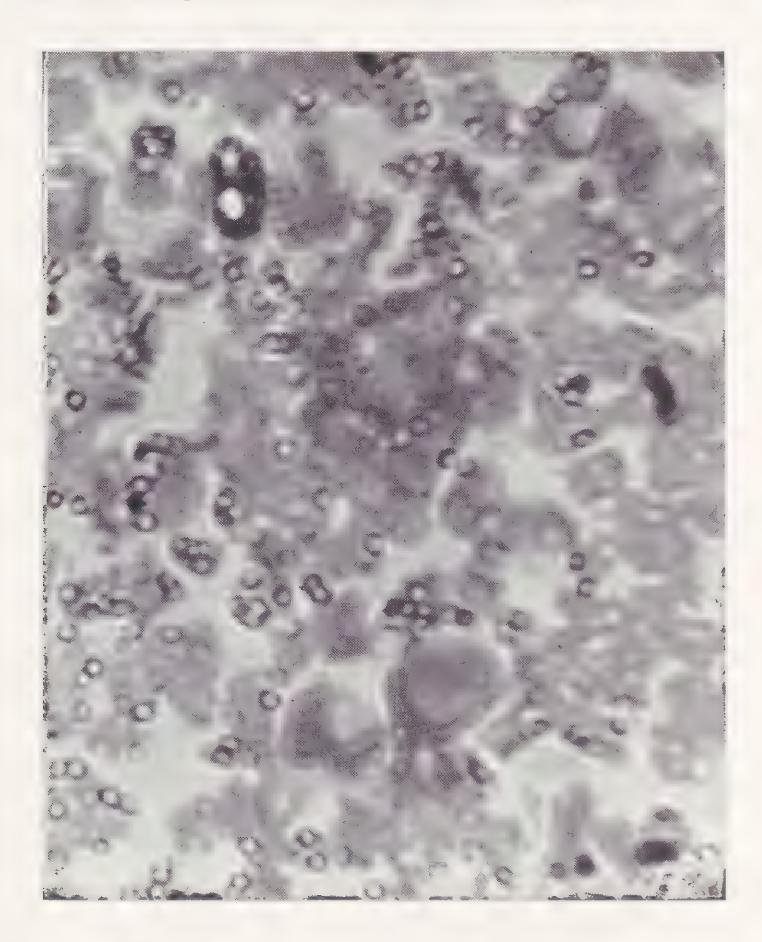
Patricio Veterans Administration Hospital. He was complaining of exertional dyspnea and consciousness of the heart beat. At that time his blood pressure was in the neighborhood of 210/130. There were slight residuals of the facial paralysis and mild cardiac enlargement. Renal function was excellent. He was given a mild sedative and a low salt diet with improvement while in the hospital. After discharge he failed to follow treatment. He was hospitalized in New York City because of an episode of rapid irregular heart action. The following year, 1952, he developed sudden vertigo, loss of consciousness and loss of vision. He recovered his vision but had residual weakness of the left hand grip. This condition was thought to be hypertensive encephalopathy. He was placed on antithypertensive therapy consisting of one yellow tablet three times daily. In spite of treatment, he continued to have exertional dyspnea, 3 pillow orthopnea and occasional precordial pain on exertion. He was admitted in August 1953 to San Patricio Veterans Administration Hospital. The blood pressure was 200/140. His eyegrounds were Grade II and his heart was enlarged to the left. The EKG showed evidence of myocardial damage. Renal function was excellent. He was placed on salt restriction, 1000 cal. diet and and phenobarbital with good response. He failed to follow this regime and it resulted in hospitalization elsewhere in April 1954 at which time the diagnosis of early malignant hypertension was made. He had a hemorrhage in the left occipital area causing a right homonymous hemanopsia. The hemorrhage broke into the subarachnoid space, the spinal fluid becoming bloody. He had bilateral papilledema and a blood pressure of 240/150. He was started then on hexamethonium and apresoline. The blood pressure came down to 140/105. This was followed shortly after discharge by another hospitalization at San Patricio Veterans Administration Hospital for further studies and consideration of sympathectomy in July 1954. His eyegrounds had reversed to grade II and his blood pressure was 168/124. The heart was still enlarged to left. The renal function was still good. He responded well to bedrest and was discharged on a 1000 cal. diet and Serpasil. Upon discharge he attended the Cardiac Clinic at Veterans Administration Regional Office and also visited various private physicians resulting in an array of miscellaneous treatment for hypertension which included Veriloid and Apresoline.

On Sept. 1954 he became dizzy and aphasic and was taken to a hospital elsewhere. The blood pressure was 160/120. The patient was transferred to San Patricio Veterans Administration Hospital for further studies including arteriography. The physical examination was essentially as before. He left before studies could be completed. Once more he took Apresoline in an erratic

way, sometimes on his own, sometimes on the advice of one of the many physicians he visited.

Joint pains appeared for the first time in Jan. 1955. Then responded well to salicylates and discontinuation of other medications. He was advised to take Serpasil and Unitensen. He followed this treatment but intercalated Apresoline on his own. Since then he has had episodes of migratory polyarthritis at times accompanied by fever and weight loss. He was hospitalized at San Patricio Veterans Administration Hospital in June 1957 during one of these episodes of polyarthritis with fever and loss of weight.

The LE cell preparation was positive (Figure 1).



He was treated with corticosteroids with remission. Fever and joint manifestations disappeared.

He has been followed up till the present time (10 months). He has not taken any more hydralazine but he suffers from episodes of rheumatic pains with fever which are controlled by ad-

ministration of corticosteroids in adequate dosage. These episodes are accompanied by a positive LE cell phenomenon. The last positive preparation was obtained 14 months after discontinuation of hydralazine. In addition he suffers from epileptiform seizures. His blood pressure has remained in the neighborhood of 130/80 and the retinopathy is grade I at present.

DISCUSSION

The causative role of hydralazine in this sydrome is substantiated by the fact that the symptoms regress rapidly upon omission of the drug whereas reinstitution of the drug causes acute recrudescence of symptoms.[5] This is further substantiated by precipitating recrudescence of symptoms with administration of chemical analogues of hydralazine in a patient having had a previous toxic reaction to hydralazine.[17] The administration of hydralazine to dogs has resulted in a similar syndrome except for the lack of formation of LE cell phenomenon although tart cells are formed.[18,19]

The use of hydralazine represents a calculated risk well worth taking in the treatment of severe and malignant hypertension. After all, its toxic effects have been reversible and do not develop in all patients. It should not be used indiscriminately without adequate follow-up and awareness of the possible toxic reactions. The use of hexamethonimum prevents the increase in cardiac output caused by apresoline and hence decreases the likelihood of congestive heart failure and anginal pains. Apresoline should not be used in cases of pheochromocytoma as it causes a greater increase in blood pressure due to increased blood flow through the adrenals and/or increased sympathetic stimulation.[14] When used in toxemias of pregnancy, it must be remembered that an intravenous dose may lower the blood pressure for as long as 22 hours as compared to 4 to 4-1/4 hours in the usual case.[14]

The syndrome of disseminated lupus erythematosus was discovered in this patient while on Apresoline therapy. Discontinuation of the drug and administration of corticosteroids resulted in a remission with persistence of LE phenomenon. The phenomenon has been known to persist in an otherwise asymptomatic patient for as long as one year after discontinuation of the drug. Further follow up in this patient, however, has shown several recrudescences of the symptoms whenever he is taken off corticoid therapy.

One must keep in mind that patients with lupus erythematosus may have malignant hypertension as their presenting problem.[18] This could be the case in the patient subject of this re-

port. LE cell preparations should be performed before hydralazine therapy is instituted to prevent the administration of hydralazine to patients who already have disseminated lupus erythematosus.

SUMMARY

The toxic reactions and uses of hydralazine have been discussed briefly. The syndrome of disseminated lupus erythematosus was discovered in a patient under hydralazine therapy. In spite of discontinuation of therapy with hydralazine he had recrudescences of disseminated lupus erythematosus whenever he was taken off corticosteroid therapy. It is believed that this patient could have developed disseminated lupus prior to hydralazine therapy. A plea is made for the performance of LE cell preparations on all patients prior to administration of hydralazine.

BIBLIOGRAPHY

1. Kaufman, M.: Pancytopenia Following the Use of Hydralazine (Apresoline): Report of a Case, J.A.M.A. 151: 1488-1490, 1953.

2. Schroeder, H. A.: The Effect of L-Hydrazinophthalazine in Hypertension, Circulation 5: 28-37, 1952.

3. Morrow, J. D., Schroeder, H. A., and Perry, H. M. Jr.: Studies on the Control of Hypertension by Hyplex: II. Toxic Reactions and Side Effects, Circulation 8: 829-39, 1953.

4. Dustan, H. P., Taylor, R. D., Corcoran, A. C., and Page I. H., Rheumatic and Febrile Syndrome During Prolonged Hydralazine Treatment, J.A.M.A. 154: 23-29, 1954.

5. Perry, H. M. Jr. and Schroeder, H. A.: Syndrome Simulating Collagen Disease Caused by Hydralazine (Apresoline) J.A.M.A. 154: 670-73, 1954.

6. Reinhardt, D. J. and Waldron, J. M.: Lupus Erythematosus-like Syndrome Complicating Hydralazine (Apresoline) Therapy, J.A.M.A. 155: 1491-92, 1954.

7. Shackman, N. H., Swiller, A. I. and Morrison, M.: Syndrome Simulating Acute Disseminated Lupus Erythematosus: Appearance After Hydralazine (Apresoline) Therapy, J.A.M.A. 155: 1492-94, 1954.

8. Henn, M. J., Parkin, T. W., Hargraves, M. M. and Odel, H. M.: Acute Systemic Lupus Erythematosus Syndrome from Hydralazine Hydrochloride, A.M.A. Arch. Int. Med. 95: 857-62, 1955.

9. Erickson, J. G., Hines, E. A. Jr., Peace, G. H. and Brunsting, L.A.: Rheumatoid and Lupus erythematosus-like syndromes; complications of Hydralazine (Apresoline) therapy for hypertension, A.M.A. Arch. Derm. 74: 640-7, 1956.

10. Wald, M. H., Fierro, M. I., and Keeton, K. H.: Toxic Effects of 1—Hydrazinphthalazine in Ambulatory Hypertensive Patients, Am. Heart J. 46: 861-64, 1953.

11. Slonin, N. B.: Arthralgia, Headache, Prostration and Fever During Hydralazine Therapy, J.A.M.A. 154: 1419, 1954.

12. Lawrence, D. R., and Miles, N. A.: Apresoline Intolerance with Bladder Paralysis, New England J. Med. 248: 464, 1953.

13. Moser, M., Syner, J., Malitz, S., and Mattingly, T. W.: Acute Psychosis as a complication of Hydralazine Therapy in Essential Hypertension J.A.M.A. 152: 1329, 1953.

14. Harries, E., and Turner, R.: Hydrazinphthalazine (Apresoline) in Hypertension, Lancet 1: 429-433, 1954.

15. Erickson, J. G., Hines, E. A. Jr., Pease G. L. and Brunsting, L. A.: Rheumatoid and lupus erythematosus-like syndrome: Complications of Hydralazine (Apresoline) Therapy for Hypertension, A.M.A. Arch. Derm. 74: 640-7, 1956.

16. Mc Nicol, N. W. and Hutchinson, H. E.: Severe toxic reactions to Hydralazine, Lancet 27: 1288-9, 1956.

18. Gardner, D. L.: The response of the dog to oral L-hydrazinophthalazine (hydralazine) British Journal of Exp. Path. 38: 227-35, 1957.

19. Dubois, E. L.; Katz, U. L., Freeman V. and Garba, K. F.: Chronic toxicity studies with particular reference to the production of the hydralazine syndrome, J. Lab. and Clin. Med. 50: 119, 1957.

DETECCION DE ENFERMEDADES DE LARGA DURACION MEDIANTE CERNIMIENTO MULTIFACETICO (MULTIPHASIC SCREENING)

*ERNESTO QUINTERO, M.D.**

Esta nueva técnica en salud pública es aplicable entre grupos poblacionales para apuntarle sobre posibles inadvertidas o incipientes enfermedades, especialmente aquellas de larga duración.

Tal procedimiento se ha aplicado en la comunidad, entre grupos de trabajadores de la industria, entre estudiantes, entre visitantes a una feria, entre empleados por el servicio civil, etc.; pero desde luego siempre, mediante invitación voluntaria y los participantes han sido de 75 a un 90% de los invitados.

Con debida claridad, debemos entender cuáles son los resultados que pueden obtenerse mediante el cernimiento múltiple de un sector de la comunidad. Hemos de propagar, como medida educativa altamente sugestiva, mediante pláticas, panfletos, discusiones y otros medios motivantes a nuestro alcance, el propósito de tal procedimiento, ya que la detección temprana de posibles enfermedades, porque tuvieron pruebas positivas, sólo sugieren o apuntan sobre la presencia de alguna incipiente anormalidad, pero ello no es un diagnóstico y mucho menos es un sustituto a la visita que debe hacerse a un médico. Las más de las veces, sólo es indicativo de que un médico debe examinar e investigar el caso más a fondo. Sin estudios subsiguientes meritorios, nada provechoso se conseguiría con tales pruebas múltiples para seleccionar las enfermedades.

Las personas con síntomas de enfermedad deberán siempre consultar a un médico, ya que los exámenes médicos periódicos resultan siempre deseables. En las más ocasiones, individuos cuyas pruebas indican anormalidad se refieren al médico a cargo del caso para estudio, diagnóstico y tratamiento.

Ciertos factores deben tomarse en consideración en lo que respecta a cernimiento multifacético (multiphasic screening), los cuales dependen obviamente en el tipo de población a servirse, la naturaleza de las pruebas utilizadas, criterio para referir los casos y la intensidad en que se operen los servicios subsiguientes. Debido a variaciones en estos factores cualquier sumario en los hallazgos resulta difícil y al tomársele en consideración su evaluación, debe haber en ello preocupación interpretativa.

Una de las medidas para el éxito en cernimiento múltiple es en relación al número de personas que sean referidas a sus médicos. En proyectos en que se ha incluído un número amplio de

* Jefe, Negociado de Enfermedades de Larga Duración, Departamento de Salud Pública.

pruebas, más de la mitad de los participantes han resultado con una o dos pruebas positivas y para su esclarecimiento han sido referidos a sus médicos; en una ocasión 63% de los participantes recibieron notificación mediante carta para que consultasen su médico por razones específicas y casi 3/4 partes de ese número llevó a cabo las instrucciones al efecto. En otro proyecto el 54% solamente fué referido a sus médicos porque tuvieron una o más pruebas positivas. En otros proyectos los más casos dieron pruebas negativas y se les aconsejó que vieran a sus médicos para exámenes generales periódicos sin tomar en consideración estos resultados negativos.

Los tres puntos de mayor interés e importancia en la evaluación de cernimiento múltiple (multiphasic screening) vienen a ser: (1) la tasa de los resultados de pruebas positivas en el cernimiento; (2) la tasa sobre diagnóstico confirmados y (3) la tasa de nuevos casos descubiertos; todas éstas basadas en el número de participantes.

Para recoger los datos sobre "diagnósticos confirmados" se requiere que el sujeto haya sido confiado al cuidado de un médico y que éste haya completado su examen hasta el punto de llegar a un diagnóstico y finalmente que tal médico informe el diagnóstico a la fuente central desde donde vino referido el caso.

El aspecto de "nuevos casos descubiertos" demuestra casos en que el médico haya tomado un record de su mejor juicio o interpretación y que la condición no era conocida con anterioridad a esta prueba de selección.

El informe de casos nuevos hace recordar además sobre todos aquellos pacientes que han abandonado el cuidado médico, por ejemplo si casos de diabetes o enfermedades del corazón se reintegran al médico como resultado del cernimiento. Así también es posible que los casos con diagnóstico confirmado y nuevos casos descubiertos, representen en realidad un estimado bajo par a los resultados de actualidad realística, como también la potencialidad de las pruebas para selección múltiple.

Pruebas serológicas para determinación de sífilis han probado la utilidad para cernir ciertos segmentos de la población tales como trabajadores de muelles, migrantes, áreas conocidas de promiscuidad, etc.

Dificultades en el "follow-up" resultan ser una medida sustancial para evaluar la diferencia entre pruebas positivas de selección y diagnósticos confirmados. Servicios de Rayos X a la población, a granel, han sido de gran utilidad en el descubrimiento de nuevos casos de tuberculosis. Pero además, en todo este cernimiento para selección y especialmente entre grupos de personas de avanzada edad, se han descubierto tentativamente, casos de cán-

cer del pulmón y enfermedad del corazón, lo cual podría utilizarse ventajosamente si ello se llevara a cabo esencialmente entre personas de avanzada edad.

Cernimiento sobre el aumento de glucosa resulta un procedimiento bien establecido como técnica en el descubrimiento de casos de diabetes. La medida Wilkerson-Heftmann (Clinitron) ha sido utilizada en las más de las veces. Es interesante saber a la vez que mediante tal selección de casos de diabetes también se han encontrado un número sustancial de personas obesas.

El uso del sistema electrocardiográfico a tres derivaciones ha resultado práctico en ocasiones, para determinar un número incipiente de casos de enfermedades del corazón en la comunidad.

Quizás haya oposición al cernimiento multifacético, pero ello podría obviarse en la mente de todos, mediante la debida educación y orientación sobre las ventajas y desventajas que ofrece este procedimiento de pruebas múltiples para selección de enfermedades incipientes o inadvertidas entre muchas personas.

El Dr. Lester Breslow de Bekerley, California, ofrece las siguientes conclusiones en relación con cernimiento multifacético:

(1) Dice que ello es la combinación y aplicación de varias pruebas múltiples para la detección de enfermedades inadvertidas, que pueden llevarse a cabo por técnicas siempre bajo inmediata dirección y supervisión médica, entre grandes grupos de personas que aparentemente está sanas. Estas pruebas si positivas, resultan específicamente sugestivas, hacia la necesidad para llegar a un diagnóstico, pero en sí solas, no constituyen un diagnóstico.

(2) Cernimiento múltiple o búsqueda multifacética de casos contribuye a buena práctica médica. Ello representa un medio parcial hacia la detección temprana de enfermedades importantes e incapacidades tales como tuberculosis, sífilis, diabetes, ciertas formas de condiciones cardiovasculares y cáncer, defectos de visión, audición, obesidad, y anemia. Idealmente cada persona debe someterse a un examen médico completo periódicamente, pero a veces dificultades obvias impiden la realización de este ideal y en su defecto, cernimiento múltiple, aunque no sustituye una apreciación médica del estado de salud por un médico facilita la detección de ciertas enfermedades en su estado asintomático, entre personas que de otro modo no gozarían de este beneficio.

(3) Cernimiento múltiple provee oportunidades excelentes para educación en salud, ya que mediante su operación pueden diseminarse inteligentemente la educación sobre salud de muchas enfermedades a la vez, y tal orientación motivará, de manera sustancial, a que un número grande de individuos busque y obtenga servicios médicos.

(4) Cernimiento múltiple inicia y fortifica el desarrollo de las relaciones entre el médico y el paciente. Muchos casos han venido a seleccionar su médico luego después de haberse sometido a "multiphasic screening". Además, muchos individuos, quizás más de la mitad, y todos aquellos que reciben tal servicio, son referidos a su propio médico para diagnóstico y estudios subsiguientes que finalizan con un tratamiento mejor. Todos y cada uno vienen a su médico con una serie de resultados de pruebas ya héchales que constituyen información de gran valor no disponible si no hubiera sido por "multiphasic screening".

(5) Cernimiento múltiple está ganando popularidad y apoyo en la comunidad, pues las uniones obreras y otras entidades están buscando que se les haga esta labor de selección como medida preventiva en salud. Cernimiento múltiple para selección de enfermedades no es costoso, pues se ha probado en algunos sitios que hasta 12 pruebas pueden realizarse por aproximadamente $8.00 y ello es conseguido muchas veces mediante la mejor utilización de servicios existentes.

THE LABORATORY DIAGNOSIS OF INFLUENZA IN PUERTO RICO*

*R. MARIÑELARENA, PH.D.***

Several factors make the laboratory diagnosis of influenza important:

1. The difficulty of distinguishing clinically between influenza and other common infections of the upper respiratory tract.

2. The tendency of the disease to become epidemic.

3. The phenomenon of antigenic variation, which is so prominent among the influenza viruses, and which is of fundamental importance with respect to prevention of the disease by vaccination.

Antigenic variation among the influenza viruses may be illustrated by a brief historical summary of serological findings in this field.

Influenza virus was first isolated in England, in 1933 by Smith, Andrewes and Laidlaw, who infected ferrets by the intranasal inoculation of nasopharyngeal secretions of patients. For several years all the influenza strains isolated were identical, or very similar to these original strains.

In 1940 strains of influenza virus were isolated which differed immunologically from the previously isolated ones. To distinguish them, the original strains were designated Type A, and the new antigenic variety Type B.

In 1946 a new group of strains appeared which was different, but related to the Type A strains, and they were called A-prime. A-prime strains have been an important cause of influenza throughout the world during the last 10 years.

Still another new group of strains different from A, B and A-prime, appeared in 1950, and these have been designated Type C. Another distinct strain was isolated in Japan in 1952, and the designation Type D proposed for this new group.

A new set of strains has recently appeared. A new virus was isolated in May, 1957 from an epidemic of influenza in Singapore, and subsequently, similar viruses have been the cause of epidemics in most parts of the world, including the recent one we have experienced here in Puerto Rico. These new strains are related to Tpye A, but distinct from it and from A-prime. They are now called Far East influenza A, more commonly Asiatic influenza.

This pattern of frequent change in antigenic constitution which occurs among the influenza viruses is of great academic

* Presented at the 54th Annual Meeting of the Puerto Rico Medical Association, November 19, 1957.

** Department of Microbiology, School of Medicine, San Juan, P. R.

interest and practical importance. It may explain, at least in part, the lack of lasting immunity to influenza, as compared to the durable immunity stimulated by most virus infections. When new strains appear they encounter populations which are very susceptible because of the lack of previous experience with the virus. This is the propitious environment for the development of epidemics. The danger always exists that an epidemic of the severity of the 1918, one in which 20 to 25 million people died, directly or indirectly, of influenza, may occur again.

The tendency of the influenza viruses to change antigenically is also important with respect to vaccination. A primary requirement of influenza vaccine is that it be prepared with virus of the same antigenic variety as the one which causes the disease. The World Health Organization maintains, with the cooperation of many laboratories throughout the world, a program of constant vigilance for the appearance of new strains of influenza virus.

The laboratory diagnosis of influenza depends on the following characteristics of these viruses:

1. Influenza viruses grow in the developing chick embryo.

2. Influenza viruses agglutinate red blood cells from certain animals, and this reaction is specifically inhibited by influenza antibodies. This makes possible the hemagglutination-inhibition reaction, which may be used to identify a virus if known antisera are available, or to detect and titrate antibodies, if known viruses are available. The hemagglutination-inhibition reaction is highly specific. It reflects very slight antigenic differences, and for this reason is most useful to distinguish strains within a type. **It is a strain specific reaction.** It may be used, for example, to distinguish between the classical Type A, A-prime and Far East varieties of influenza virus.

3. Influenza viruses fix complement in the presence of the homologous antibodies. The complement fixation reaction does not reflect slight antigenic differences. It is not strain specific, it is type specific. Therefore, it is of more limited usefulness than the hemagglutination-inhibition reaction when searching for new antigenic varieties.

The laboratory diagnosis of influenza may be made by isolating and identifying the virus, or by determining if influenza antibodies appear in the patients serum during the disease.

For virus isolation the patient gargles with nutrient broth or some other appropriate fluid. This should be done as early as possible, since it is during the acute stage of the disease that the probabilities of finding the virus in the throat are greatest. The throat washings should be sent promptly to the laboratory, where antibiotics are added to destroy bacteria, and the throat washing

inoculated into the amniotic cavity of a series of 10 or 11 days old chick embryos. The eggs are incubated at 35°C for 3 additional days, placed in the refrigerator overnight and the amniotic and allantoic fluids harvested. Influenza viruses usually do not kill or cause any visible change in the embryos, and the presence of virus is determined by the hemagglutination reaction. Suspensions of washed chicken and human group 0 or guinea pig red blood cells are added to the appropriately diluted amniotic and allantoic fluids, and the tubes allowed to stand until sedimentation occurs in the controls. Usually no virus is found in the first series of eggs, and the whole procedure is repeated inoculating a second series of eggs with the amniotic fluids from the first series.

Since influenza viruses are not the only ones that cause the agglutination of red blood cells, a hemagglutination inhibition reaction must be carried out using the isolated, unknown virus, and several specific, known antisera, in order to determine if the isolated agent is influenza virus. Type and strain are determined at the same time. A series of dilutions of each reference antiserum is prepared and a standard amount of the unknown virus added to each dilution.

Table I includes a summary of the results of such a test carried out with a virus isolated during the recent epidemic in Puerto Rico. The results with two reference sera are given. Serum A/Jap 305 was prepared by inoculating chickens with this strain which is of the Asiatic variety. Serum A/Den 57 was prepared by inoculating chickens with a strain which has been the most frequent cause of influenza during recent years. It is apparent that the Asiatic antiserum inhibited agglutination by virus isolated from throat washing 36 and by its homologous virus when diluted to 1:640 and 1:1280 respectively. Antiserum against the non-Asiatic variety of virus failed to inhibit the isolated virus, while it inhibited its homologous virus in a dilution of 1:160. This clearly indicates that the virus isolated is of the Asiatic variety.

TABLE I

HEMAGGLUTINATION-INHIBITION TEST WITH UNKNOWN VIRUS AND KNOWN ANTISERA

	Antigen:		
Serum:	T.W. 36	A/Jap/305	A/Den/57
A/Jap/305	1:640	1:1280	Less than 1:20
A/Den/57	Less than 1:20	1:40	1:160

To establish a diagnosis of influenza through the patients serum, two specimens are required, since diagnosis is based on the demonstration of a rise in antibody titer during the disease.

One should be obtained as early as possible during the disease, and the second, about two weeks later. Two samples of sera are necessary because influenza is such a common disease that most individuals have antibodies due to previous infections with the virus. The detection of antibodies, alone, is not a reliable indication of current infection. The demonstration of an increase in antibody titer between the acute and convalescent stages of the disease, however, leaves little doubt as to the etiology. Both samples of serum are run at the same time. Non-specific substances which are frequently present in serum and which interfere with the reaction, are destroyed previous to testing. Several series of dilutions are prepared of each serum, and a standard amount of a known strain of virus is added to each dilution of a series. In this way each serum is tested against several strains of virus. Time is allowed for the antibody-virus combination to occur, and chicken red blood cell suspension is added to each tube. In this way, the highest dilution of each serum which inhibits the different strains of virus is determined. Table II is a summary of the results obtained with acute and convalescent sera from three patients during the recent epidemic. Jap EFME is an antigen of the Asiatic variety, A/Den/57 has been prevalent during recent years. and B/G.L. is a Type B antigen which also has been going around for some time. It is apparent that the acute sera from patients 11, 20 and 19 did not contain antibodies against the Asiatic strain, indicating lack of previous experience with this virus. Antibodies against the Asiatic virus were found in the convalescent sera of patients 11 and 20, indicating that an infection occurred which stimulated antibody production. Antibodies were not found in the convalescent serum of patient 19, showing that infection with this virus did not occur.

TABLE II

INFLUENZA HEMAGGLUTINATION-INHIBITION TESTS WITH ACUTE AND CONVALESCENT SERA

	Antigen: Jap EFME	A/Den	B/G.L.
Serum 11: Acute	Less than 1:5	1:10	1:20
Conv.	1:40	1:20	1:20
Serum 20: Acute	Less than 1:5	1:40	1:80
Conv.	1:80	1:40	1:80
Serum 19: Acute	Less than 1:5	1:20	1:160
Conv.	Less than 1:5	1:20	1:160

The situation is completely different with respect to the two other antigens. Both the acute and convalescent sera of the three patients contained antibodies against these antigens, and the antibody titers were essentially identical in the acute and convalescent sera. The lack of an increase in antibodies shows that those strains of virus did not cause the current infection, and the presence of antibodies in the acute sera indicate that the three patients had had previous infections with those viruses.

These are typical examples of what we have repeatedly found during the recent epidemic of influenza. We may conclude that the Far East strain of influenza virus was a new one in the community, and that for this reason the population in general had no resistance against it. This may account for the high prevalence of the disease.

A STUDENT FOR EVER-THE PHYSICIAN

*E. GARCIA CABRERA M.D., F.A.C.S.**

In the midst of our Scientific Meeting the Program Committee has set down the annual address of your president. I feel sure that no one of you here fails to sympathize with this human being who by your courtesy occupies this exalted position.

Your presidents always hope to give you the best that they can provide; your president would like to give you very much, but as a rule he only succeeds in giving you very little. This time honored custom of delivering a presidential address has always been for me a matter of much thought and meditation. Even after having gone through the ordeal of quite a number of presidential addresses made before social, educational, charitable, scientific and professional groups, the selection of a topic to be presented to a group of people who know as much as you do about the subject has never been easy for me.

This Eighth Annual Meeting of the Puerto Rico Chapter of the American College of Surgeons is unique in several aspects. After the Sectional Meeting of the College held here in San Juan last year, many of us thought that it was going to be impossible to have a good meeting this year of 1958. When through the kindness of my fellow members of the Chapter I was selected one year ago to occupy this presidency I felt greatly honored, because I consider it the highest honor for a surgeon to preside over his Surgical Society. But at the same time I felt afraid for myself and was afraid for the future of the Chapter. Nevertheless, the year has gone by and we had a very good and successful year scientifically and socially, thanks to the magnificent efforts and cooperation of all the members of the Chapter.

I say that this Eighth Meeting is unique, because even after the magnificent representation of the College which we had last year at the Sectional Meeting, we are again honored this year by the visit of not less illustrious representatives of North American surgery and medicine. To all the members of this Chapter the meeting is singularly unique, because we are having as our honor guest speaker tonight a most notable and prominent figure of American surgery, our distinguished colleague, Professor Carl A. Moyer. To you, Dr. Moyer, I desire to express the appreciation of the Chapter and my personal thanks for having accepted our invitation to deliver the oration tonight.

The risk I take in bringing before this selected audience and body of physicians and surgeons a topic such as "The Physician

---

* President Address read at Eighth Annual Meeting of the Puerto Rico Chapter of the American College of Surgeons - San Juan, February 27, 1958.

as a Student Forever", is great. This topic has been one discussed by many eminent men, and by our most illustrious and learned physicians. This topic of the "Physician as a Student Forever", I take for granted may be considered boring by some of you; perhaps may be called ridiculous by a number of you, but I feel sure that almost all of you will agree with me that in any profession, be it art or be it science, "Study" is paramount to success and I mean success in general.

Long ago I came across an awe-inspiring saying —"If you abandon art for one day she will abandon you for three." And that is a big truth. It is true in each and every discipline, be it art or be it science. And it is particularly true in our profession of medicine which is both art and science. I would say that the physician who abandons his studies for any length of time, no matter how short a time, becomes by such abandonment a loser in the search for that excellence that commands his responsibility as a physician. He soon loses the excellence that can only be reached by acquiring the work-habit that has made the great names in Medicine.

The more I read about the life and works of such men as Leonardo DaVinci, of Sir Thomas Browne, who gave us the "Religio Medici", of William Harvey, who gave us the circulation of the blood, of John Hunter, who pointed the way to modern surgery, of Eduard Jenner, who gave us protection from smallpox, of Louis Pasteur, who became "the Columbus of the great continent of bacteriology," of Lord Lister, "because of whom the surgeon is now clad in purity," of William T. Morton, who gave us anesthesia, of Sir Weir Mitchell, who taught us the pride of the profession, of Osler who gave us his "Aequanimitas" and "A way of Life," of John B. Murphy, of John B. Deaver, of Cushing, "for whose scalpel the human brain was no terra-incognita," of Cannon, whose studies in physiology told us of the "Wisdom of the Body", the more I read, gentlemen, the more I read about the lives and the works of these giants of art and science, the more I am convinced that these men, although they are called geniuses, were simply men of great intelligence, men of talent who dedicated their lives to study and their time to cultivate their vocations, to cultivate their aptitudes and to cultivate their sentiments.

In our search for the great men of science we find that they have always been magnificent dedicated students. Those men who in our profession as physicians have occupied the summits of the mountains of scientific knowledge never considered themselves geniuses. They themselves tell us that they were only "Students Forever". They tell us that their success came only from persistent hard work and study.

Every one of us during our life has selected some particular works of some of the great men who have served our ideals in our professional life and in our sentimental life. The works and lives of those men have served as inspiring and guiding lights in our life. I have among my favorite books the works and lives of such masters as Sir Weir Mitchell, Harvey Cushing, Sir William Osler, John Chalmes Da Costa, John B. Deaver, Walter B. Cannon, and Albert Schweitzer. None of these men ever considered himself a genius. They were intelectuals; theirs were minds consecrated to the study of the humanities. They considered the study of the humanities the royal gate to excellency in the profession they had selected. They considered knowledge through study the road to inner perfection in their own personality. By study, as Schweitzer says of Goethe, they "solved the problem of finding a foundation for the fundamental principles of their lives."

Some of these men I had the great privilege and honor to know personally during my student days in the University of Pennsylvania and the Philadelphia General Hospital from 1907 to 1913. I reverently recall the immense personalities of Mitchell, Osler, Deaver, and Da Costa as teachers and "students forever." Every week, every day, as we met these men in the lecture room or at the bed side they had something new to tell us, something new they had learned the day before. These men had a common characteristic which can be told as an unwillingness to be satisfied with what they knew. They had curiosity. They had the "I want to know" that should be in us as physicians a persistent passion. The "I want to know" should be the permanent characteristic of the physician's intellect which with every advance into knowledge opens new prospects and produces new incitements into further progress.

Professional, artistic and scientific curiosity should be the main-spring of our profession. Curiosity should be the road to that true self satisfaction that comes not from praise but from doing what you really know is correct because you know it.

The main driving force of the physician should be some sort of curiosity for the gratification of that mental need which makes the study of our profession a selfish occupation. It is by this devotion to study that the physician develops his responsibility towards his own self and towards his fellow.

It was told by Cicero that "There are more men ennobled by study than by nature." And so it is, because our delight in any particular study, be it art or science, "raises and improves our personality, nourishes our understanding of man, and leads us into the right road to knowledge."

We as physicians should always have before us the fact that the first step to knowledge is to know how ignorant we are. If

a physician thinks he knows too much he will never know much. Accurate knowledge as you all know, is the basis of correct opinions; it is the basis of correct expression, just as much of correct expressions of the intellect as correct expression of your noble sentiments.

It is not as important to know everything as it is to know the exact value of everything you learn. "The essence of knowledge" Confucious said "is having it to apply."

The knowledge we acquire ought not to resemble a great shop without order and without a properly classified inventory. We ought to know what we possess and be able to make it serve our needs. The physician that desires to make real progress in knowledge must dedicate his age, dedicate in fact, his life, his youth as well as his later years, to study. In our profession of medicine "knowledge", as Bacon says, "is power, but mere knowledge is not power, it is only possibility."

We physicians should carry our knowledge not for display but must carry our knowledge as we carry our watches, for our own use. The knowledge of the physician should not be a couch wherein to rest a searching and restless spirit. "It should not be a tower of state for a proud mind to raise itself upon" —says Bacon. "It should not be a commanding ground for strife and contention. It should never be a shop for profit and sale." It should be a rich storehouse for the glory of the profession.

The knowledge of the physician should be a complete, thorough knowledge, fully understood, and like his religion must be "experienced" in order to be known.

The pleasures and delights of knowledge far surpass all others in nature. We see that in all other pleasures there is satiety but in knowledge there is no satiety. There is only satisfaction in knowledge; satisfaction and more appetite for more knowledge. Whatever our intellectual calling, no kind of knowledge is antagonistic to it, be you as I said before a man of art or a man of science. Real knowledge, and particularly the knowledge of the physician, is not to be obtained easily. It must be worked for, it must be studied for, thought for, and in us surgeons, it must be prayed for.

I must add there is another quality that should go with knowledge in the physician. That quality is common sense. Because knowledge without common sense is folly; knowledge without method is waste; but knowledge with common sense is wisdom, and knowledge with method is power.

It was Daniel Webster who said, "It is the glorious prerrogative of the empire of knowledge that what it gains it never loses, on the contrary it increases by the multiple of its own

power, all its ends become means, all its attainments help to newer conquests."

We, as older physicians and surgeons, have a major responsibility in our profession. That responsibility is, that with the gain of knowledge by study and time we must connect, we must cultivate the habit of imparting that knowledge. Knowledge should be acquired not to keep, but to impart. "If you have knowledge, let others light their candles in it. The lights you have given will make your light shine brighter." Nothing in the life of a physician, discounting health and the proper ethical virtues of our profession, is more valuable than knowledge.

And now is there anything so easily attained or so cheaply purchased as knowledge? How do we attain knowledge? We attain knowledge by simple study. What is the cost of knowledge? One thing only and only one thing — Time. Time which if we do not spend in studying, in acquiring knowledge we cannot save. Once we have conquered knowledge through study it becomes our possession, it becomes a property entirely, absolutely our own.

Many other things in life may be taken away from us by might, or by force. Many things we may purchase with money, but knowledge is to be gained only with the most valuable possession of men, time. I think it was Juvenal who said that many of us wish to possess knowledge but very few of us are willing to pay the price, which is time.

I recall one of my distinguished teachers, the Professor of Ophthalmology at Pennsylvania, Dr. George De Schweinits, a great teacher and philosopher, quoting Benjamin Franklin. He said— "If a man empties his purse into his head no one can take it away from him. An investment in knowledge always pays the best interest."

Now I have said a few words about study and knowledge, and the physician. May I ask what kind of culture should a physician possess?

We must accept that knowledge is not culture. A man may know the Encyclopedia Britannica and any medical encyclopedia by heart, know all the treatises of surgery by memory, but he will not be a cultured physician.

In this respect, we must quote the great master, William Osler, when he says, "A true student is a citizen of the world— A true student should draw on supplies from many disciplines, from all fields related to his profession. A student of Medicine, a physician should be up to date with his profession besides having a complete knowledge of his particular field of study. How often has it appeared, that years of precious time have been given to a

problem already solved, or shown to be insoluble, because of ignorance of what has been done elsewhere."

The culture of the physician, therefore, must be universal. Partial culture rises to the ornate only but extreme culture rises to simplicity which is the supreme excellence in manners, in style, and in character.

The greatest truths are the simplest truths, and so are great men, simple men. But simplicity is not elegance of language which may be in the power of most of you, but simplicity and straightforwardness are in our power through study and knowledge, through study and knowledge to permit us to be our own.

Culture by study gives us humility and vanishes from us that potent cause of failure which is vanity. I don't know, you don't know, of a more detrimental quality in a physician and particularly in a surgeon that vanity. Vanity which will make us suspicious, critical, resentful, ungrateful, and as a rule bombastic.

John Chalmers Da Costa says in his magnificent essay "The Trials and Triumphs of the Surgeon," the following words, "The athletic exercise of throwing bouquest at oneself never strengthens the muscles of the mind."

The vain man in surgery, the vain man in medicine, the vain physician is never conscious of his mistakes, and keeps on making them. A vain physician is like a postage stamp, he is useless when stuck on himself.

I think I have made this talk too long already, but I want to end with the magnificent and beautiful paragraph of De Witt Clinton — "Pleasure is a shadow, wealth a vanity, and power a pageant, but knowledge is ecstatic in enjoyment, perennial in fame, unlimited in space and infinite in duration; no place too remote for its grasp, no height too exalted for its reach."

EDITORIAL

LA MUJER EN LA MEDICINA

Desde los tiempos más remotos, hombres y mujeres han colaborado en la práctica de la medicina. En el juramento hipocrático figuran Higia y Panacea al lado de Apolo y Esculapio. La historia nos muestra a la mujer a través de los siglos como practicante y profesora del arte de curar. Su influencia sobre la salud de la familia ha sido notable especialmente en los campos de la medicina preventiva y psicosomática, y en las especialidades de obstetricia, ginecología y pediatría. La condición misma de mujer, con su innata preocupación por dar y conservar la vida, la habilita como vigilante de la salud. La vocación de auxiliar al enfermo es natural en quien la feminidad imparte ternura. Su contribución, casi siempre aceptada, ha sido a veces motivo de inquietud.

La creciente participación de la mujer, fuera del hogar, en casi todos los campos de la actividad humana en el mundo entero, causa preocupación a muchos, particularmente cuando se trata de mujeres casadas y con hijos pequeños. Una encuesta popular reciente en los Estados Unidos reveló que la mayoría de la opinión pública, de ambos sexos, está en contra de que las mujeres "trabajen", citando un número de desventajas muy reales. Más adelante en el mismo artículo se presentan los hechos: si mañana todas las mujeres en los Estados Unidos se quedaran en sus casas, se paralizaría la nación. Entre las actividades más afectadas, junto al magisterio, las oficinas y los negocios, se encontraría la medicina. Sería sumamente difícil hacer funcionar un hospital sin enfermeras, técnicas de laboratorio, trabajadoras sociales, oficinistas y otras tantas empleadas mujeres. En otras partes del mundo es aún mayor la participación de la mujer en ocupaciones fuera del hogar, particularmente en la medicina. Aparentemente hemos llegado a un momento en la evolución humana en que no se puede retroceder.

Si es así, miremos de cerca algunos de los puntos ponderables de la situación, enfocándolos específicamente en la mujer médica, aunque a veces sean aplicables a otras circunstancias. La inversión de talento y fondos que requiere el entrenamiento de un médico es considerable. La que contempla aceptar tan precioso legado y tan enorme responsabilidad debe estar razonablemente segura de que reune las cualidades y es capaz de hacer los ajustes necesarios para el feliz desempeño de sus complejas obligaciones futuras.

Para empezar, debe estar segura de su vocación. Debe exponerse a experiencias con la enfermedad y la muerte, y percatar-

se de que aunque la profesión médica es bonita en el sentido de los valores morales, de los logros y las satisfacciones, en su práctica diaria es a menudo árdua y dolorosa. Aunque los motivos para estudiar medicina varían, el mejor médico es aquel que combina sus habilidades con el interés genuino en la ciencia y en la gente, y que siente el deseo sincero de servir a su prójimo.

Factor de gran importancia es la dote personal. La salud física y una naturaleza vigorosa son ventajosas. La inteligencia clara es indispensable tanto en el entrenamiento y práctica profesional como en el funcionamiento eficiente en los aspectos de la vida privada. Su mente debe ser por turnos rígida y flexible: recia y perseverante ante los escollos, necesita la elasticidad para discernir cuándo ser exigente o tolerante consigo misma, cuándo compartir o delegar lo que no es imprescindiblemente suyo, cuándo pasar por alto lo que no es necesario. Además, siendo generalmente más sensitiva que su hermano varón, tratará aún más que éste de cultivar la fortaleza emocional, la imperturbabilidad y ecuanimidad de que nos hablara Osler, "sin encallecer el corazón humano con que vivimos".

La dedicación más completa es posible para las solteras, quienes encontrarán en la medicina la más pura sublimación de sus instintos. Las casadas gozan de una vida más rica en experiencias, que se traducen en mayor entendimiento de las emociones humanas. El matrimonio y la medicina se complementan, ambos están basados en el amor y la comprensión. Estos atributos no están limitados cuantitativamente, florecen y se multiplican al ejercitarse; es posible que la que más dá tenga a la larga más que ofrecer.

En distintas culturas y niveles sociales, la mujer ha delegado parte de sus obligaciones maternales y hogareñas. Son tantas las variables en cada situación familiar, que es imposible evaluar los efectos de los distintos factores sobre los hijos. Sin embargo, vemos repetidas instancias en que los hijos de mujeres ilustres son hombres y mujeres de provecho. Los sociólogos, en la civilización moderna, debaten hasta qué punto y en qué casos es necesaria y deseable la presencia constante de la madre, cuántas frustraciones causa la dedicación completa a las tareas hogareñas, y cómo afectan estas frustraciones la relación filial.

Es incontrovertible que el cuidado de la familia es deber y privilegio primordial de la esposa y madre. En vista de las diferencias biológicas y culturales, la mujer no puede ni debe desempeñar un papel igual al del hombre. Su contribución es singular precisamente por estas diferencias, pero no es ético usarlas para exigir favores especiales o esquivar responsabilidades.

En ciertas etapas de la vida, cuando los hijos son pequeños o lo requieran otras situaciones, puede que sea necesario limitar las actividades profesionales. Aunque la mayor parte de las mujeres médicas se han dedicado a la práctica general, con énfasis a la obstetricia y ginecología o la pediatría, muchas pueden encontrar expresión a su talento y rendir una labor necesaria en ocupaciones menos exigentes en términos de tiempo. Entre éstas se cuentan las posiciones académicas, los trabajos de investigación y ciertas especialidades.

Ya la mujer ha demostrado su capacidad para hacer una contribución efectiva en la medicina. No es tarea fácil, pero trae como recompensa la satisfacción de una vida estimulante, útil y completa.



THE PROOF OF THE PROTEIN IS IN THE GROWING

It is generally recommended that the protein intake of the formula-fed infant should be higher than that of his breast-fed contemporary.

The good growth made by 50 million babies raised on evaporated milk formulas during the past 30 years attests to the soundness of this recommendation. For evaporated milk *does* provide the higher level of protein recommended when formulas derived from cows' milk are fed to babies.



Beyond that, evaporated milk permits greater flexibility than any ready-made preparation for infant feeding. It gives the physician freedom to specify type and amount of carbohydrate . . . to adjust degree of dilution . . . in fact to fit the feeding mixture to the individual needs of each baby. And, *specially processed* for infants, evaporated milk is always safe, uniform, easily digested.

50 million times, physicians have specified evaporated milk for babies.

PET EVAPORATED MILK

PET MILK COMPANY • ARCADE BUILDING • ST. LOUIS 1, MISSOURI

Distribuidores: B. FERNANDEZ & HNOS., INC.

San Juan, Puerto Rico

Datos Terapéuticos

ACERCA DE PRODUCTOS LILLY SELECCIONADOS

Mejor control de los diabéticos

INSULINA LENTA, LILLY

Un amplio estudio revela que, con algunas excepciones, el control de los diabéticos estables es más fácil y se lleva a efecto con menos reacciones insulínicas cuando se utiliza la Insulina Lenta, Lilly, en lugar de otra preparación insulínica empleada antes.[1] El autor de referencia halló que la Insulina Lenta, Lilly, "es la insulina más pura de acción prolongada que se ha logrado hasta ahora" y opina que debe usarse en todos los casos en que produce buen control del diabético con ausencia de alergia persistente.

1. J. A. M. A., 159: 1611 (Diciembre 24), 1955.

Reduce la hipercolesteremia

CYTELLIN (Sitosteroles, Lilly)

El 'Cytellin' proporciona el tratamiento más racional y práctico de la hipercolesteremia, con que se cuenta en la actualidad. Sin necesidad de hacer cambios en la dieta, el 'Cytellin' reduce la hipercolesteremia en la mayoría de los pacientes.

Altamente eficaz en la neumonia bacteriana

ILOTICINA

(Eritromicina, Lilly)

La 'Iloticina' continúa siendo el medicamento de elección en el tratamiento de la neumonía. Un estudio reciente[1] demostró que 84 de 88 pacientes con neumonía debida a una variedad de microorganismos respondieron favorablemente a la 'Iloticina'. Esto confirma los resultados obtenidos por otro investigador,[2] quien demostró que los neumococos son aproximadamente diez veces más susceptibles a la eritromicina que a otros antibióticos de amplio espectro. Además cita otras ventajas que comprenden la baja incidencia de reacciones secundarias y la rareza de superinfección.

1. Am. J. M. Sc. 230:660 (Diciembre), 1955.
2. A. M. A. Arch. Int. Med', 96:809 (Diciembre, 1955.

Para combatir la alergia

CO-PYRONIL

(Compuesto de Pirrobutamina, Lilly)

El 'Co-Pyronil' combina un antihistamínico de acción prolongada y uno de acción corta con un simpatomimético de acción sinérgica. Por lo general el 'Co-Pyronil' comienza a combatir los síntomas dentro de quince a treinta minutos y los elimina hasta por doce horas. Así pues, con una dosis de sólo 2 ó 3 cápsulas al día los pacientes de alergia obtienen alivio completo.

Eli Lilly Pan-American Corporation - Indianapolis 6, Indiana, E.U.A.

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

VOL. 50 OCTUBRE, 1958 NO. 10

ENTERED AS SECOND CLASS MATTER, JANUARY 21, 1931 AT THE POST OFFICE AT SAN JUAN, PUERTO RICO UNDER THE ACT OF AUGUST 244, 1912.

OFICINA ADMINISTRATIVA:

Edificio de la Asociación Médica de Puerto Rico, Ave. Fernández Juncos, Parada 19, Apartado de Correos 9111, Santurce, P. R.

FECHA DE PUBLICACION:

Día último de cada mes.

TRABAJOS ORIGINALES:

Los trabajos originales deben ser enviados al presidente de la Junta Editora, Apartado de Correos 9111, Santurce, P. R., o entregarse directamente en la Secretaría de la Asociación Médica, Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, P. R.

Los originales deben venir escritos a máquina, a doble espacio.

No se devuelven originales. Los autores son responsables de las opiniones que emitan en sus artículos. Ningún artículo publicado en el Boletín podrá ser reproducido sin la previa autorización escrita del Presidente de la Junta Editora.

CITAS BIBLIOGRAFICAS:

Las citas bibliográficas deberán mencionar, en el siguiente orden de sucesión: apellido del autor; iniciales de sus nombres; título del trabajo; título del periódico (abreviado); volumen, página y año. Las citas llevarán un número de acuerdo a su orden de presentación en el texto y correspondiente a la numeración colocada al final.

Ejemplo: 1. Koppisch, E.: Pathology of Arteriosclerosis, Bol. Asoc. Med. de P. R., **46**: 505, (Noviembre) 1954.

ILUSTRACIONES:

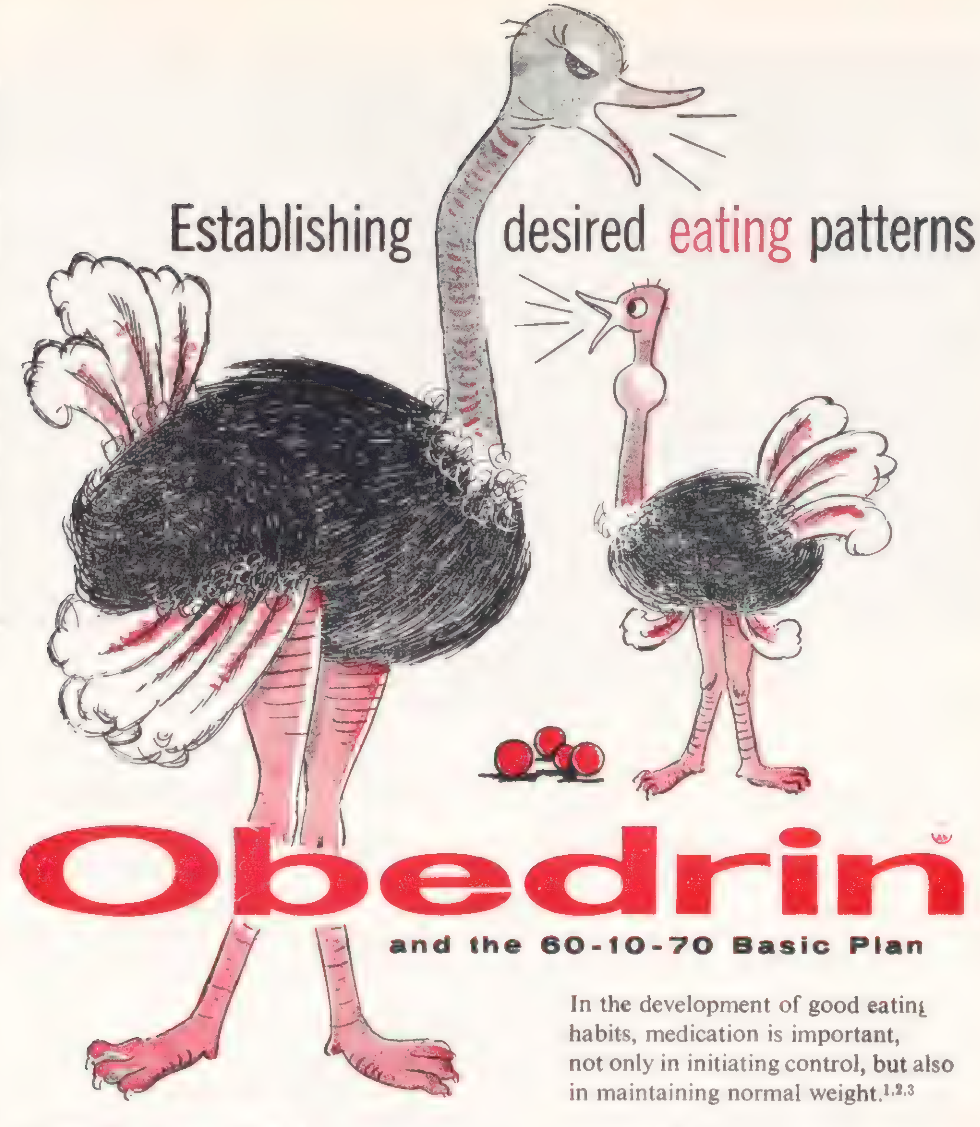
Las fotografías que acompañen el artículo deberán estar bien presentadas. Los dibujos y esquemas deberán estar hechos en tinta negra sobre papel blanco. Todas las ilustraciones deberán estar numeradas y se deberá indicar la parte superior de las mismas. Cada ilustración deberá venir acompañada de la leyenda correspondiente.

ANUNCIOS Y SUSCRIPCIONES:

Información en relación con anuncios y suscripciones será suministrada a solicitud en la Secretaría de la Asociación. Todo material de anuncio está sujeto a la aprobación de la Junta Editora.

SUSCRIPCION:

$5.00 al año.



Obedrin contains:

- Methamphetamine for its anorexigenic and mood-lifting effects.
- Pentobarbital as a balancing agent, to guard against excitation.
- Vitamins B_1 and B_2 plus niacin to supplement the diet.
- Ascorbic acid to aid in the mobilization of tissue fluids.

Since Obedrin contains no artificial bulk, the hazards of impaction are avoided. The 60-10-70 Basic Plan provides for a balanced food intake, with sufficient protein and roughage.

Formula

Semoxydrine HCl (Methamphetamine HCl) 5 mg.; Pentobarbital 20 mg.; Ascorbic acid 100 mg.; Thiamine HCl 0.5 mg.; Riboflavin 1 mg.; Niacin 5 mg.

1. Eisfelder, H.W.: Am. Pract. & Dig. Treat., 5:778 (Oct.) 1954).

2. Sebrell, W.H., Jr.: J.A.M.A., 152:42 (May, 1953).

3. Sherman, R.J.: Medical Times, 82:107 (Feb., 1954).

Write for 60-10-70 Menu pads, weight charts, and samples of Obedrin.

THE S. E. MASSENGILL COMPANY
BRISTOL, TENNESSEE

Distribuidores: COMMERCIAL GODEL - Calle Europa 802
Tel. 3-1061 — Santurce, P. R.
P. O. Box 1081 — San Juan, P. R.

"Un poquito más de KLIM... por favor, Mami"





Al recetar leche para los bebés, el médico puede estar seguro que KLIM es la *mejor* leche . . . la mejor, porque . . .

NINGUNA OTRA LECHE COMBINA TANTAS E IMPORTANTES VENTAJAS para la alimentación infantil. Por ejemplo, la leche KLIM es . . .

KLIM
POWDERED WHOLE MILK
LECHE EN POLVO

La Leche que Ud. Puede Recomendar con Toda Confianza

LECHE KLIM

Superior en Calidad—Unicamente se usa leche de la mejor calidad en la elaboración de KLIM.

Pura y Segura*—Cuando Ud. recomienda KLIM puede tener la más absoluta confianza de que es siempre una leche pura y bacteriológicamente segura.

Uniforme*—KLIM es completamente uniforme tanto en la cantidad como en la proporción de sus elementos nutritivos. No hay riesgo de trastornos digestivos debido a las variaciones en la alimentación.

***La pureza, seguridad y uniformidad de KLIM están garantizadas por el estricto Sistema Borden de Control de Calidad.**

Fácil de Digerir—La leche KLIM es más fácil de digerir porque las partículas de proteína y grasa son más pequeñas . . . el coágulo de proteína es más blando.

Flexible—KLIM permite que la cantidad y tipo de carbohidrato añadido a las fórmulas puedan cambiarse, de acuerdo con las necesidades individuales del bebé.

Fortificada con Vitamina D—KLIM contiene una cantidad suficiente de Vitamina D para proporcionar óptimo crecimiento, así como también para evitar el raquitismo y para ayudar a desarrollar huesos y dientes fuertes y sanos.

Como Ud. puede ver en esta lista compendiada, la leche KLIM combina muchas e importantes ventajas para la alimentación infantil. Por esta razón los médicos en todas partes están de acuerdo en que . . . KLIM es la mejor leche para el bebé.

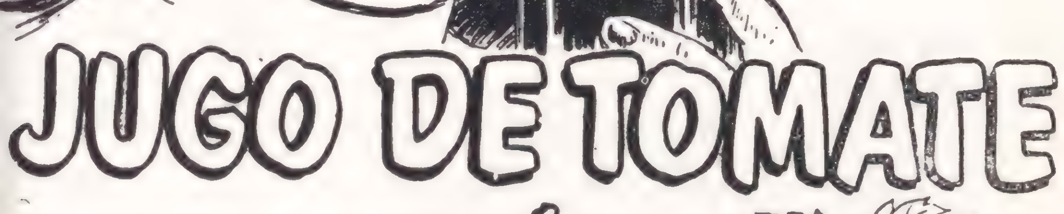
THE BORDEN
FOOD PRODUCTS COMPANY
Division of The Borden Company
350 Madison Avenue
New York 17, N. Y., E.U.A.

72H

Distribuidores para Puerto Rico:
PLAZA PROVISION COMPANY, Fortaleza 104, San Juan, P. R.

DOBLEMENTE RICO*!

*Rico en **SABOR!**
*Rico en **VITAMINAS!**



LIBBY'S



DELICIOSO!
NUTRITIVO!
SALUDABLE!

Si quiere lo mejor pida la marca Libby's



NUEVA **Terramicina***

MARCA DE LA OXITETRACICLINA

GOTAS PEDIATRICAS *premezcladas*

en fórmula especial para niños

y su aliado

JARABE *premezclado*

preferida universalmente por los enfermos pediátricos y geriátricos

Ambos preparados tienen un atractivo sabor a cereza silvestre

No hay rebeldías en el momento de tomar la medicina

Ambos están listos para ser administrados. sin reconstitución. No se pierde tiempo en su preparación

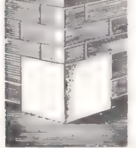
Ambos son estables durante dos años a la temperatura ambiente, aun después de abrir el frasco Se conserva la alta potencia y la dosificación es siempre exacta.

Ambos contienen Terramicina, el antibiótico de amplio espectro antibacteriano más ensayado y mejor comprobado, en la forma que mejor sabor tiene.

GOTAS, con 100 mg. por cc., en frascos-ampollas de 10cc. con cuentagotas calibrado a 25 mg. y 50 mg.

JARABE, en frascos de 60 cc., con 125 mg. por cucharadita de 5 cc.

TERRAMICINA



PIEDRA ANGULAR DE LA CLINICA



El Mayor Productor de Antibióticos del Mundo

PREPARADOS VITAMINICO-MINERALES - HORMONAS

Marca de fábrica de Chas Pfizer & Co . Inc

AX 4080 JA 2



BROAD-SPECTRUM THERAPY THAT **CLOSES THE GAP AT THE DANGER POINT**

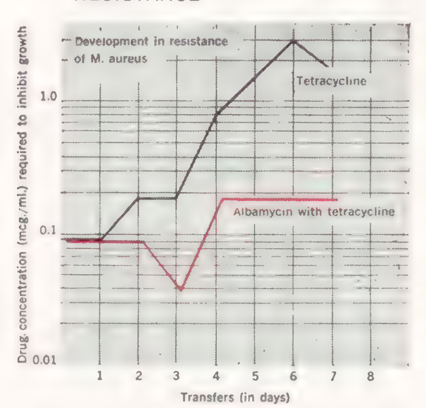


- Complemental and extended antibacterial coverage provided by uniting bactericidally decisive Albamycin with tetracycline
- **ALBAMYCIN T** is fuller-spectrum therapy that assures more consistent effectiveness even against life-endangering staphylococci

Dosage: usually 2 tablets every 12 hours; in severe infections 2 tablets three or four times daily.

Supplied: 125 mg. Albamycin (as novobiocin calcium) and 125 mg. tetracycline hydrochloride in each tablet; in bottles of 16 tablets.

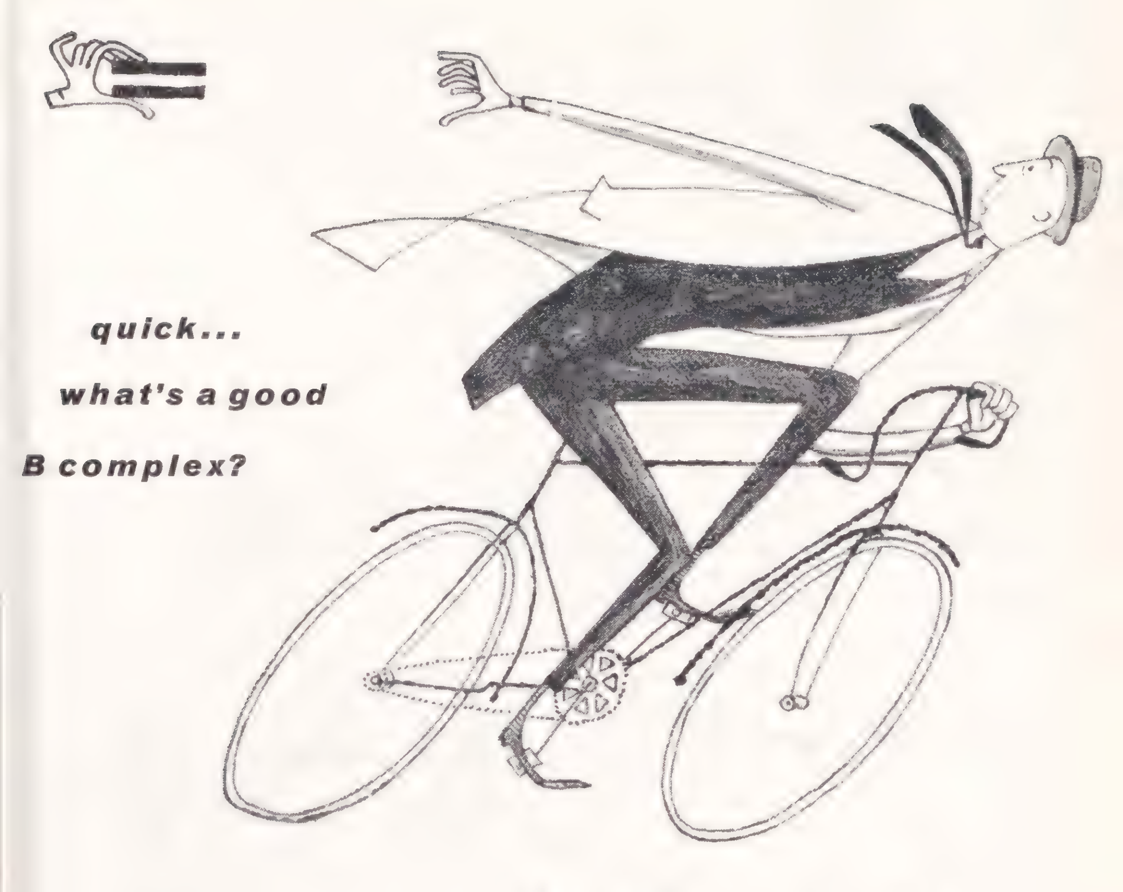
ALBAMYCIN T
INTERCEPTS DEVELOPMENT OF STAPHYLOCOCCAL RESISTANCE



Upjohn

KALAMAZOO · LONDON · MEXICO CITY
PANAMA · SÃO PAULO · SYDNEY · TORONTO
BOGOTA · JOHANNESBURG
Fine Pharmaceuticals Since 1886

*TRADEMARK



Sur-Bex with C

TRADE MARK

(ABBOTT'S B-COMPLEX TABLETS WITH C)

Each SUR-BEX with C tablet supplies:

Thiamine Mononitrate	6 mg.	
Riboflavin	6 mg.	
Nicotinamide	30 mg.	
Pyridoxine Hydrochloride	1 mg.	
Vitamin B_{12} (as vitamin B_{12} concentrate)	2 mcg.	
Pantothenic Acid (as calcium pantothenate)	10 mg.	
Ascorbic Acid	150 mg.	
Liver Fraction 2, N.F.	300 mg.	(5 grs.)
Brewer's Yeast, Dried	150 mg.	(2½ grs.)

Abbott

As a dietary supplement: 1 or 2 tablets daily.

For stress, or postoperative convalescence: 2 or more tablets daily.

ABBOTT LABORATORIES PUERTO RICO INC.
Cayey St., Corner William Jones • Santurce

BOLETIN

DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

VOL. 50 OCTUBRE, 1958 No. 10

PANEL DISCUSSION ON MEDIASTINAL TUMORS WITH PRESENTATION OF CASES*

RAUL A. MARCIAL-ROJAS, M.D.[1] *(Moderator)*;
CARLOS GUZMAN ACOSTA, M.D.;[2]
DAVID RODRIGUEZ PEREZ, M.D.;[3]
VICTOR A. MARCIAL, M.D.,[4] *and*
ANGEL A. CINTRON RIVERA, M.D.[5]

INTRODUCTION: (Dr. Marcial Rojas)

With the recent advances in the field of thoracic surgery and the development of roentgenologic surveys, tumors of the mediastinum are no longer considered a rarity usually encountered at autopsy. The rapid development of thoracic surgery has shifted the interest in these tumors from the more or less static field of morbid pathologic anatomy to the premises of the more dynamic surgical pathology. Tumors which were previously considered as museum curiosities at present bring the surgical pathologist to the operating room and often his opinion is decisive in the management of the case. All these have resulted in the renewed interest in the radiologic and histopathologic diagnosis and in the surgical treatment of mediastinal neoplasms.

It is, of course, impossible to present here today, in this limited period of time, the diagnostic and therapeutic considerations in each and every tumor and tumor-like condition known to exist in the mediastinum. We will only attempt to discuss the diagnosis, treatment and prognosis, treatment and prognosis of several representative tumors from different regions of the mediastinum in the hope of providing you with a "cross-section" of neoplasia in that region. This is supplemented by the exhibit on mediastinal tumors located in the hall outside this auditorium.

We want to express our appreciation to other fellow radiologists, surgeons and pathologists for their help in the collection of this material.

---

* Presented at the Annual Meeting of the American College of Surgeons February 1958, San Juan, Puerto Rico.

(1) From the Departments of Pathology of the University of Puerto Rico School of Dentistry and the Dr. I. Gonzalez Martínez Oncologic Hospital.

(2) From the Department of Radiology, University of P. R. School of Medicine.

(3) From the Departments of Surgery of the Dr. I. González Martínez Oncologic Hospital and the Bayamón District Hospital.

(4) From the Departments of Radiology of the University of P. R. School of Medicine and the Dr. I. González Martínez Oncologic Hospital.

(5) From the Departments of Medicine of the University of P. R. School of Medicine and the Dr. I. González Martínez Oncologic Hospital.

FIRST CASE: (Dr. Marcial Rojas)

A 30 year old white woman was referred to the I. González Martínez Oncologic Hospital because of an intrathoracic mass encountered in a routine radiographic examination of the chest. The patient was completely asymptomatic and the physical examination failed to disclose any pertinent signs of disease. Dr. Guzmán Acosta, will you comment on the chest films and upon the differential diagnosis in this case?

Dr. Guzmán Acosta: We have a postero-anterior projection of the thorax (Fig. 1) where we recognize a large rounded soft tissue mass of smooth borders with a complete calcific shell around growing towards the right side. Although no lateral view is available, in the left anterior oblique projection (Fig. 2) we are able to detect its definite anterior position. Adjacent inflammatory changes are manifested as an interlobar pleuritis.

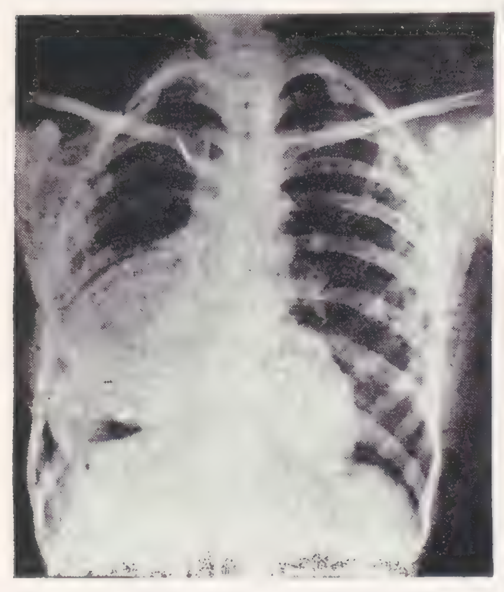


Fig. 1



Fig. 2

In this particular case the differential diagnosis is limited by its shape, direction of growth, position and the calcific shell at its periphery. In our environment we do not worry very often as to echinococcal parasitic cysts. We feel certain that this patient harbors a teratoid tumor, either a dermoid cyst or a teratoma.

Dermoid cysts and teratomas cannot be distinguished from each other radiographically with certainty, since teratomas may be cystic in nature. The distinction of a fat layer in dermoids will

on rare occasions be helpful. Lobulated configurations are supposed to be in favor of teratomas.

Dr. Marcial-Rojas: Dr. Rodríguez Pérez, will you comment on the surgical management of this case?

Dr. Rodríguez Pérez: There has been changes in the surgical management of mediastinal teratomas since the advent of antibiotics and the use of endotracheal anesthesia. I do no think there is place for extrapleural excision of these tumors any longer. I can not image how surgeons few years ago could resect these tumors without a higher mortality rate.

This particular case had a big teratoma which was located between the upper and middle lobes. The capsule showed numerous adhesions to adjacent structures due to the chemical or foreign body type of pleuritis frequently encountered in dermoid cysts. A portion of the superior vena cava 1 cm. long had to be resected in order to totally extirpate the tumor.

This excision of the tumor was carried out through a generous thoracotomy incision. There were no complications following the procedure.

In this, as in all thoracotomies, we leave a drain attached to water sealed bottle for 24 to 48 hours. Most teratomas are well encapsulated and are easy to remove.

Dr. Marcial-Rojas: The tumor removed from the mediastinum in this patient measured 11.5 x 11 x 9 cm. (Fig. 3). The capsule for the most part was smooth and glistening although it presented several adhesions where it was attached to the vena cava. The tumor presented a large unilocular cavity containing abundant yellowish pultaceous material admixed with some hairs. Other smaller locules were present in the wall of the cyst. The wall of the cyst for the most part was markedly calcified. On microscopic examination different tissues derived from ectoderm were evident. Skin and skin appendages (Fig. 4) as noted in this photomicrograph were seen in areas while in others endodermal derivates as the gastro-intestinal epithelium (Fig. 5) seen here in this slide were also encountered. A section of the wall of the cyst in the calcific areas (Fig. 6) revealed definite ossification and even bone marrow formation. All these features are typical of a dermoid cyst which I rather prefer to call teratoid cyst. These teratoid cysts are almost always benign although as in the ovarian type of teratoid cysts malignant degeneration may ensue, usually in the form of an epidermoid carcinoma. Of course, malignancy in teratomas of the anterior mediastinum is more frequent in the solid ones. These mimic most of the teratoid tumors occurring in the testes, such as seminoma, embryonal carcinoma, teratocarcinoma and choriocarcinoma. Although not definitely established,

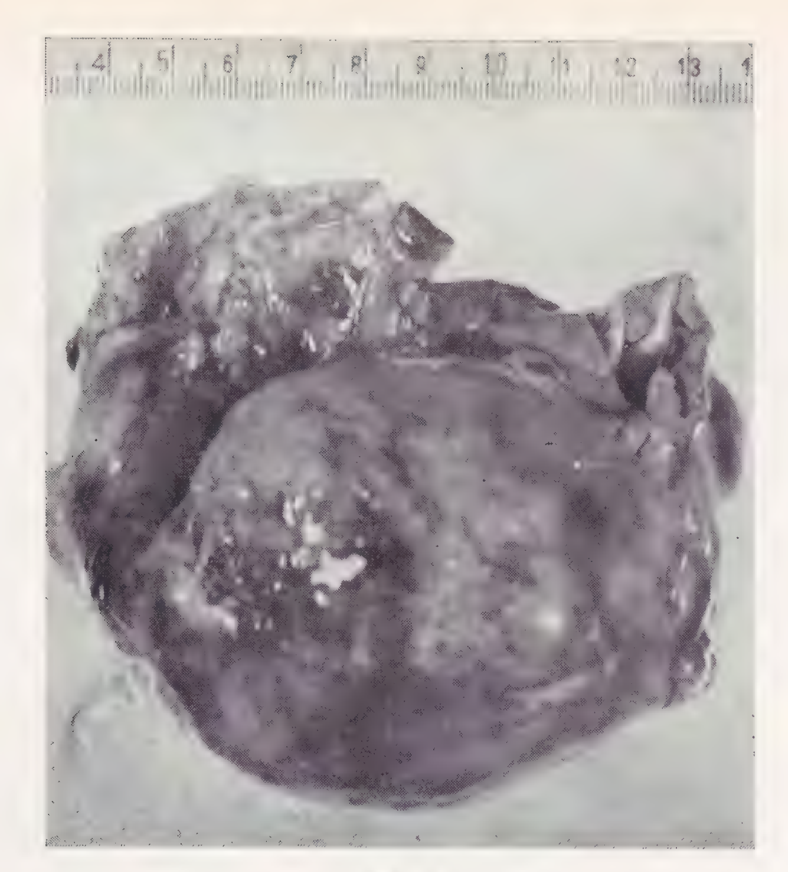


Fig. 3



Fig. 4

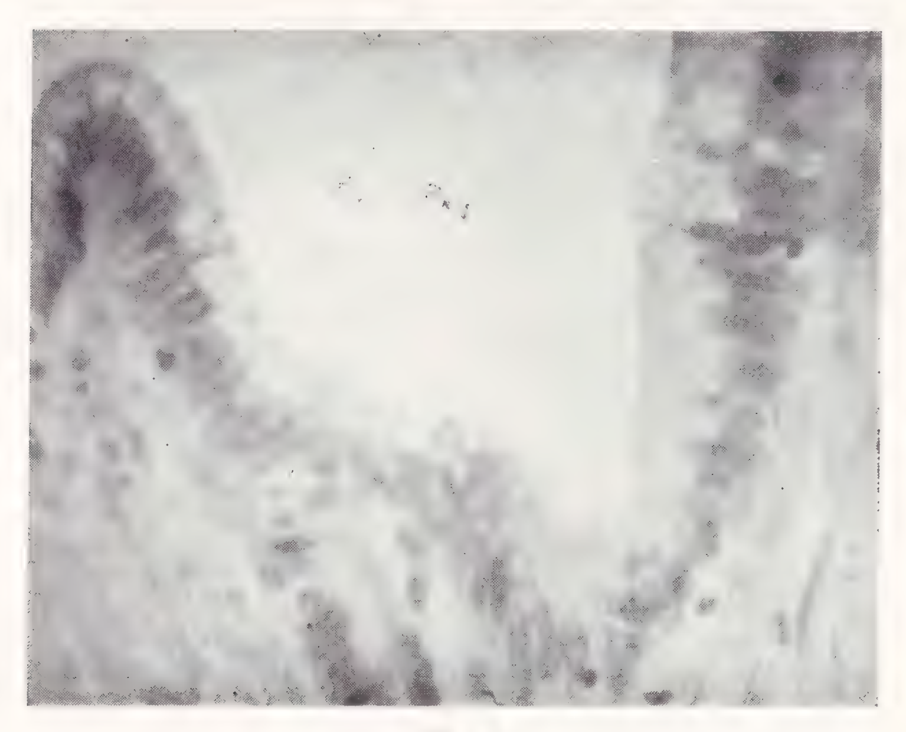


Fig. 5

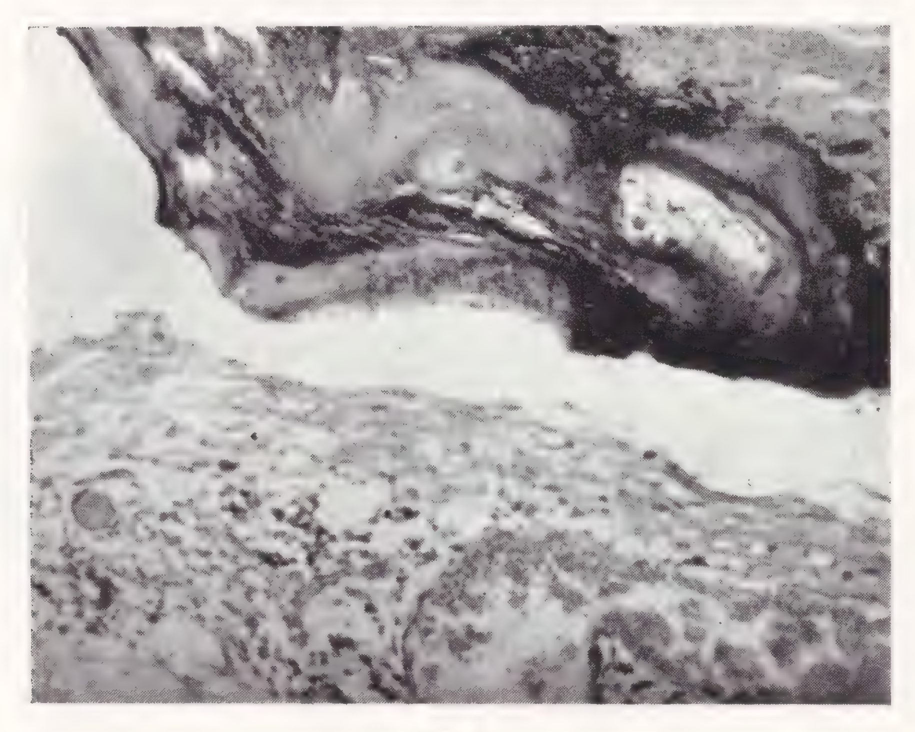


Fig. 6

it is believed that these mediastinal teratomas develop from tissue of thymic enlarge. Dr. Victor Marcial, will you comment on the value of radiotheraphy in the treatment of malignant teratomas?

Dr. Víctor Marcial: When a teratoma undergoes malignant changes or is malignant from its inception, its response to radiotherapy is intimately related to the predominant cell in the tumor. Seminomas are highly radiosensitive and radiocurable. Embryonal carcinomas are less radiosensitive but in some instances control with radiotherapy can be achieved. Choriocarcinomas are almost invariably fatal regardless of the treatment employed.

Dr. Marcial Rojas: The patient at present is asymptomatic and enjoying good health.

SECOND CASE: (Dr. Marcial Rojas)

A 33 year old white woman who was referred to the Oncologic Hospital because of the discovery of a tumor in the mediastinum at a routine roentgenologic survey at a Public Health Unit. The patient was completely asymptomatic as in the former case. Dr. Guzmán Acosta, will you analyze the radiographs and comment upon the possible differential diagnosis?

Dr. Guzmán Acosta: The postero-anterior film (Fig. 7) of the chest demonstrates a large tumor mass extending from the left lateral chest wall to a few cm. across the midline. It displaces the



Fig. 7



Fig. 8

heart and trachea towards the right. It obscures the left diaphragm with the technical factors used. In the lateral view (Fig. 8) we outline its sharp superior border as a posteriorly located mass.

As a radiologist we would like to know something more about its inner structure with more penetrated films to rule out an enterogenous cyst. We wonder whether any intervertebral foramen is widened. These findings, if they were present, would influence us towards a tumor of neurogenic nature. As the case stands, with the information available to us, we are unable to choose between these two possibilities, except that on incidence alone the neurogenic tumor would seen more likely.

Dr. Marcial Rojas: Dr. Rodríguez Pérez, will you comment on the handling of this case?

Dr. Rodríguez-Pérez: This well encapsulated tumor of the posterior mediastinum, as Dr. Guzmán Acosta just said is in all probability a neurogenous tumor, that is a neurilemona, neurofibroma or ganglioneuroma. These are definitely benign and extirpation is accompanied by gratifying results both to patient and surgeon. They grow to huge proportions, as in this case, without giving symptoms to the patient. Most of these tumors are picked-up in roentgenologic surveys, but ocassionally they may give rise to alarming symptomatology when they compress the spinal cord as a "dumbbell" type of tumor, growing both into the spinal cord and out into the mediastinum.

In this case a wide thoracotomy wound was performed and the tumor was removed quite fast in order to relief the vital mediastinal organs of the dangerous displacement which occurs in opening the pleura.

Dr. Marcial Rojas: The tumor was a well encapsulated and lobulated one covered with numerous adhesions and measuring 20 x 16 cm. in main diameter (Fig. 9). On cut surface the tumor (Fig. 10) was very myxomatous and yellowish. Histologically, as you see in the following slides (Fig. 11) the tumor is composed of a mixture of neurogenous fibers showing intense intercellular edema and numerous mature adult ganglionated cells. This is the classical appearance of a benign ganglioneuroma. Many times multiple sections should be taken to disclose the presence of the ganglionated elements as when they are not seen the tumor resembles a neurofibroma with marked edematous changes and even a myxoma.

Dr. Víctor Marcial: How frequently are neurogenous tumors of the posterior mediastinum malignant?

Dr. Marcial Rojas: The immense majority of neurogenous tumors in the posterior mediastinum are neurilemmomas, neuro-



Fig. 9



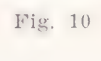


Fig. 10

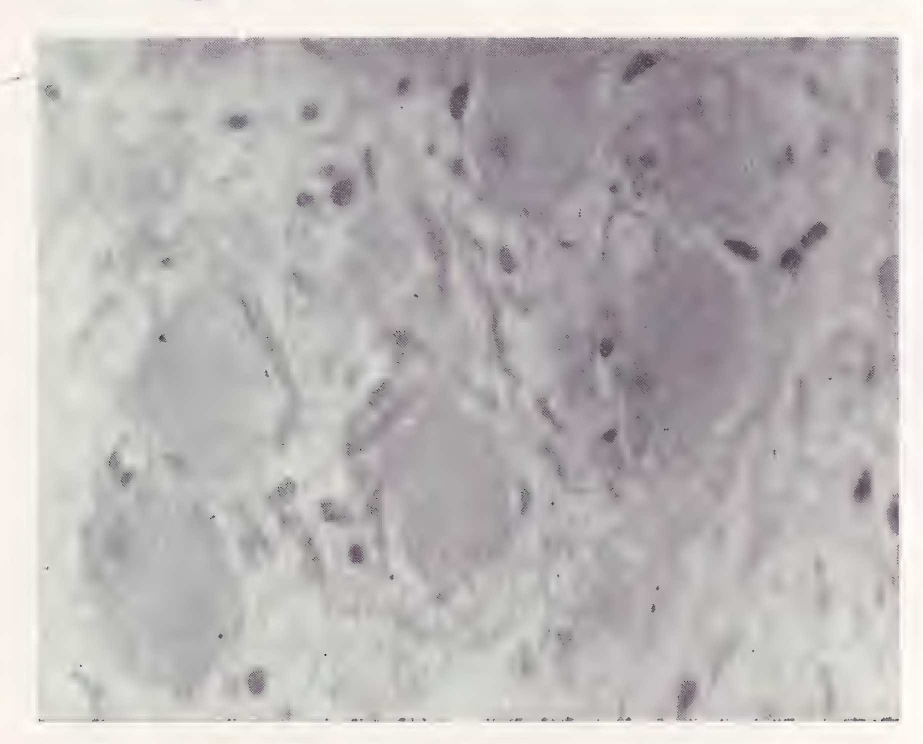


Fig. 11

fibromas and ganglioneuromas, which are benign. In very young children neuroblastomas occasionally occur in the posterior mediastinum. Some ganglioneuromas because of the admixture with neuroblastomatous immature elements can metastasize. These are known as ganglioneuroblastomas. In those that the immature neuroblastic elements are diffusely mixed with the adult ganglionic cells the incidence of metastases is only 18% while in those in which the adult ganglionic elements are completely separated from the contiguous portion of neuroblastic elements the incidence of metastases goes as high as 65%. Of course, all these tumors will usually metastasize as neuroblastomas. Very rarely a malignant neurilemmoma, so-called malignant Schwannoma may develop in the posterior mediastinum. These I believe are fibrosarcomas probably of neurogenic origin. Dr. Víctor Marcial, what is the value of radiotherapy in the treatment of neurogenous tumors?

Dr. Víctor Marcial: Radiotherapy is an accepted and effective form of treatment for neuroblastomas. The doses of irradiation needed are small, and cases have been quoted in the literature with 5-years cure when the disease has already involved bone or visceral organs such as the liver. Other malignant neurogenous tumors like ganglioneuroblastomas can undergo maturation and arrest of its growth with irradiation. We must keep clear in our minds that the treatment of choice for these tumors is surgical extirpation and only when the case is inoperable should radiotherapy be employed.

Dr. Marcial Rojas: At present the patient is completely asymptomatic and without evidence of persistent or recurrent disease.

THIRD CASE: (Dr. Marcial Rojas)

A 16-year old white boy seen for the first time in May 14, 1952 at the Oncologic Hospital with numerous enlarged and matted lymph nodes in the right cervical region. A complete system review failed to disclose any symptoms. No physical findings were encountered except for the previously mentioned right cervical adenopathy. Laboratory examinations, BMR and bone-marrow smears were all negative. A radiograph of the chest was taken on May 17, 1954 and at the same time a biopsy of a cervical lymph node was performed. Dr. Guzmán Acosta, will you describe the radiograph and comment upon the differential diagnosis?

Dr. Guzmán Acosta: We are presented here with a single postero-anterior projection of the chest (Fig. 12) in which the objective findings are those of enlarged lymph glands in the left



Fig. 12

hilum and a 4 x 6 cm. tumefaction obscuring the right upper hilum and continuous into the mediastinum. The lung parenchyma reveals no abnormalities. A right axillary soft tissue mass faintly outlined in the axillary fold is suggestive of disease arising within lymph nodes. If so, our main differential diagnosis lies between Hodgkin's disease, Boeck's sarcoid, tuberculosis, lymphosarcoma and metastasis from tumors elsewhere.

The inflammatory lesions such as sarcoidosis and tuberculosis would seem less likely in view of the tendency to coalesce and matting depicted in the right sided tumefaction and although to a lesser extent by the absence of parenchymatous infiltrating lesions. Unfortunately we do not have a lateral view of the thoracic region that might strengthened and almost confirm the possibilities of Hodgkin's granulomatosis by showing predominant anterior mediastinal extension or even actual infiltration of the manubrium sterni. The exclusion of lymphosarcoma would be unlikely on the film alone although its incidence as compared with Hodgkin's is numerically less and particularly so in this age group. Metastatic tumors from elsewhere would have to be excluded on the ground of clinical history, physical findings and possibly other radiologic studies.

Dr. Marcial Rojas: Dr. Cintrón Rivera, will you give us a brief resume of the clinical aspects of Hodgkin's disease?

Dr. Cintrón Rivera: As everybody realize, Hodgkin's disease, like the collagen diseases, syphilis and many others, is a great mimis of disease. In general, one can divide the symptomatology

of Hodgkin's disease, like the collagen diseases, syphilis and many others, is a great mimic of disease. In general, one can divide the symptomatology of Hodgkin's disease in two categories: local and systemic manifestations. Among the systemic manifestations one can list the following: fever, loss of weight, paleness, weakness and other signs of anemia (usually in the late stages of the disease), signs of wasting, anorexia, generalized adenopathy, splenohepatomegaly, skin manifestations and others. The local manifestations of Hodgkin's disease involving the mediastinum produce symptoms caused by mediastinal compression, that is, symptoms due to the effect of pressure of the tumor growth upon such organs as the trachea, bronchi, esophagus, pericardium, the great vessels and the vagus nerve or to irritation of the tumor masses upon these organs. The symptoms of mediastinal compression, as we well know, can be vascular, respiratory, gastro-intestinal, mediastinal nerve involvement or severe pain sensation. Among the vascular symptoms, the most striking ones are cyanosis, edema, dilated veins of the face, neck, arm or throat, dizziness, headache, tinnitus, and unconsciousness. In the early stages, these manifestations appear only after exertion. Dyspnea, asymmetry of the chest, lack of excursion, hydro— or chylothorax, cough, orthopnea or even hoarseness and aphonia, may be the prominent respiratory symptoms. Damage to the recurrent laryngeal nerve may produce hoarseness. Pressure upon the sympathetic nerve may cause constriction of the pupils, unilateral flushing and sweating of the face. Infrequently, involvement of the vagus nerve may produce a slow pulse and vomiting and involvement of the phrenic nerve may cause hiccoughs. Dysphagia may also be prominent. Finally, various types of pain varying from mild pain, sense of opression, pleuritic, neuritic type or even anginal type of pain may be seen at times.

Dr. Marcial Rojas: A biopsy was performed and a diagnosis of Hodgkin's disease was established. The patient was treated with radiotherapy and chemotherapy. Dr. Víctor Marcial, will you comment upon the value of radiotherapy on malignant lymphoma?

Dr. Víctor Marcial: In cases of lymphomas of the mediastinum no surgical procedure is adequate. Lymphosarcomas are highly responsive to irradiation, but I only know of one case reported on the medical literature that has been permanently cured.

Hodgkin's disease affects the mediastinum in around 75% of the cases sometimes during the course of the disease. According to Nice, from the University of Minnesota Medical School, 14% of the cases with Hodgkin's disease have their onset in the mediastinum. Radiotherapy is of definite value for these cases. Nice has reported a 5-years survival of 28% in 124 cases of Hodgkin's

disease with mediastinal involvement treated by irradiation. More recent experience with radiologic treatment of Hodgkin's disease, particularly the one obtained by Peters at the Toronto General Hospital and at the Walter Reed Army Hospital points to the value of irradiating the potentially involved adjacent areas when localized manifestations appear. When dealing with Hodgkin's disease of the supraclavicular and axillary regions one should irradiate the mediastinum as the chances of these regions being involved are close to 100%.

Dr. Marcial-Rojas: Dr. Cintrón Rivera, will you tell us about the value of chemotherapy in Hodgkin's disease?

Dr. Cintrón Rivera: I would like to start by presenting a gloomy picture of this aspect and then I will try to repair the damage by presenting very briefly the good side or the optimistic side of the problem.

Based on the natural history of the disease one can divide Hodgkin's' cases in three groups. **The first** — is characterized by rapid onset, rapid progression and early demise of the patient. Patients in this group respond to any means of therapy rather poorly and if they do respond the duration of the response is very short. The ultimate outcome is not changed. **The second group** is characterized by gradual onset and progression of the disease and the duration of life usually is about 3 to 5 years. Therapy in any form may serve two purposes: (1) alleviation of symptoms allowing the patient to lead a more useful and comfortable life and (2) in some instances the useful life of the patient may be prolonged. **The third group** has a very insidious onset, progression is relatively slow, they are sensitive to therapy and the duration of life is rather long. In this group palliative therapy offers the best results and in many cases life, particularly the useful life of the patient, may be prolonged to some extent.

The chemotherapy of Hodgkin's rests primarily upon the use of the radiomimetic drugs, that is T.E.M. or nitrogen mustard; ACTH or cortisone and a series of newer drugs which as yet are on an experimental or clinical trial status.

Dr. Marcial Rojas: The patient inspite of radiotherapy and chemotherapy persued a down-hill course characterized by multiple relapses and remissions until finally died on August 31, 1955, three years after the disease was diagnosed. Autopsy disclosed, as you can see in the lantern slides, massive lymph node involvement of mediastinum, (Fig. 13) axillary, inguinal (Fig. 14) and messenteric (Fig. 15) regions. The marked mediastinal compression with atelectasis and superior vena cava syndrome were responsible for the final outcome of the patient. The spleen and the



Fig. 13



Fig. 14

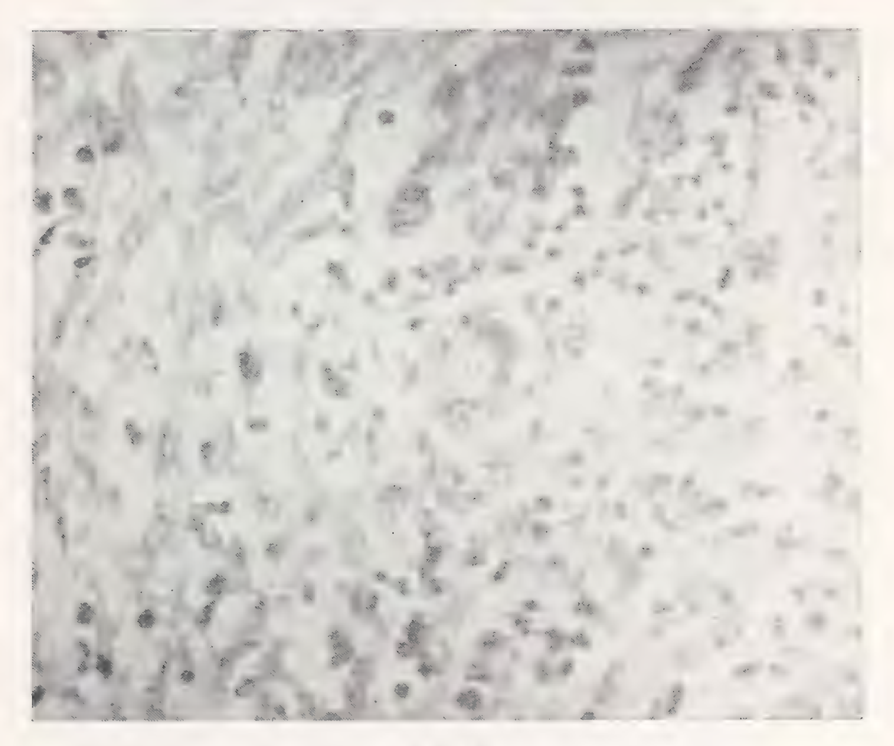


Fig. 15



Fig. 16

liver showed multiple lesions characteristic of Hodgkin's disease (Fig. 16). The histologic characteristics are seen in this photomicrograph (Fig. 17) which shows the pleomorphic appearance of the lesion and an occasional Red-Stenberg cell. This other photomicrograph (Fig. 18) shows the lack of cellularity after therapy and is mostly composed of active fibroblastic elements which may be superficially confused with fibrosarccma, as pointed by Custer.

FOURTH CASE: (Dr. Marcial Rojas):

A 73 year old negress complaining of the presence of a mass in the left side of the neck anteriorly. It has been slowly growing for the last seven years. There were no symptoms except for the presence of the mass and occasionally coughing. All laboratory tests were within normal limits. The tumor mass moved on swallowing. Dr. Rodríguez Pérez, what would be your clinical impression on this case?

Dr. Rodríguez Pérez: This is a typical history and typical findings of an adenomatous goiter. I would perform an X-Ray of the chest to rule out retrosternal extension.

Dr. Marcial Rojas: Radiographs of the chest were taken, Dr. Guzmán Acosta, would you kindly comment on them?

Dr. Guzmán Acosta: The postero-anterior (Fig. 19) film of the chest reveals widening of the soft tissues of the neck continuous into the upper mediastinum with a centrally located tumor mass that projects its rounded borders to both sides of the spine. The trachea is markedly displaced to the right side. In the lateral projection (Fig. 20) the esophagus outlined with barium is displaced posteriorly by the mass.

In this particular case there is very little room for a differential diagnosis other than a partially intrathoracic thyroid tumor. In certain cases of asymmetrical tumors a differential diagnosis from aneurysm of the proximal arch of the aorta and partially from the innominate artery must be entertained. Fluoroscopy to establish the type of esophageal displacement and movement of the mass on swallowing and coughing is often helpful as these thyroid connected masses tend to follow the movements of the gland. It should be pointed out, however, that lack of mobility on swallowing and coughing is no criteria for a malignant nature as large tumors are often incarcerated at the thoracic inlet. Thus, in this case a substernal extension of the goiter seems likely. Dr. Rodríguez Pérez, how would you handle this case?

Dr. Rodríguez Pérez: The excision is done through a collar incision and the tumor is delivered with the aid of the index finger

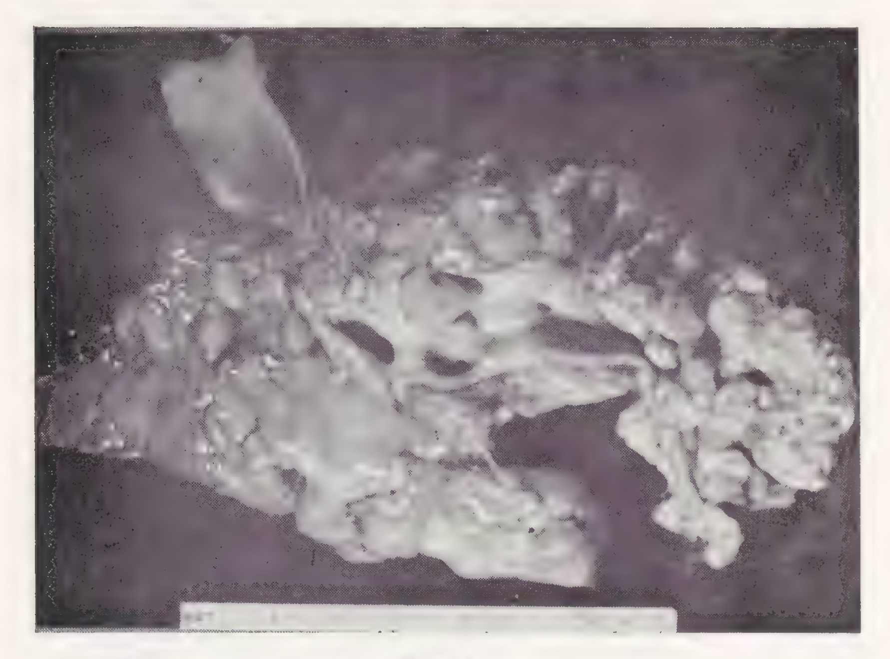


Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19



Fig. 20

through the thoracic inlet with immediate relief of symptoms, in those cases operated as emergencies. There is no reason to account for damage to the recurrent laryngeal nerve if the latter is adequately identified before clamping and resection.

Dr. Marcial Rojas: This hour-glass shaped mass (Fig. 21) represents the cervical portion of the thyroid superiorly and its retrosternal component inferiorly. The lobulation, areas of hemorrhage and fibrous trabeculae are typical. Microscopically it shows the markedly dilated follicles with abundant colloid, forming nodules separated by fibrous trabeculae (Fig. 22). Areas of hemorrhage and calcifications are frequently encountered. Areas of



Fig. 21

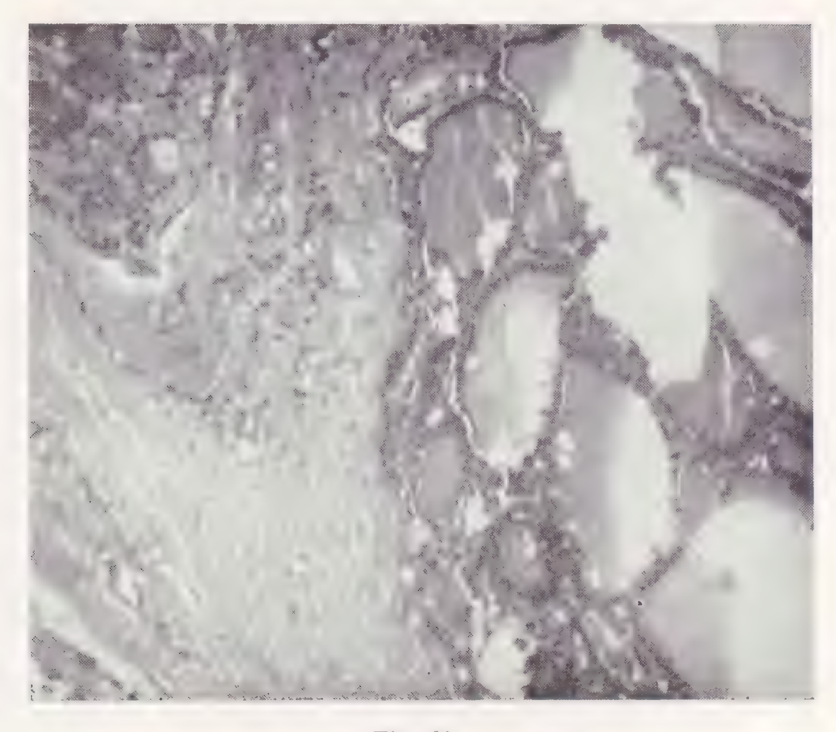


Fig. 22

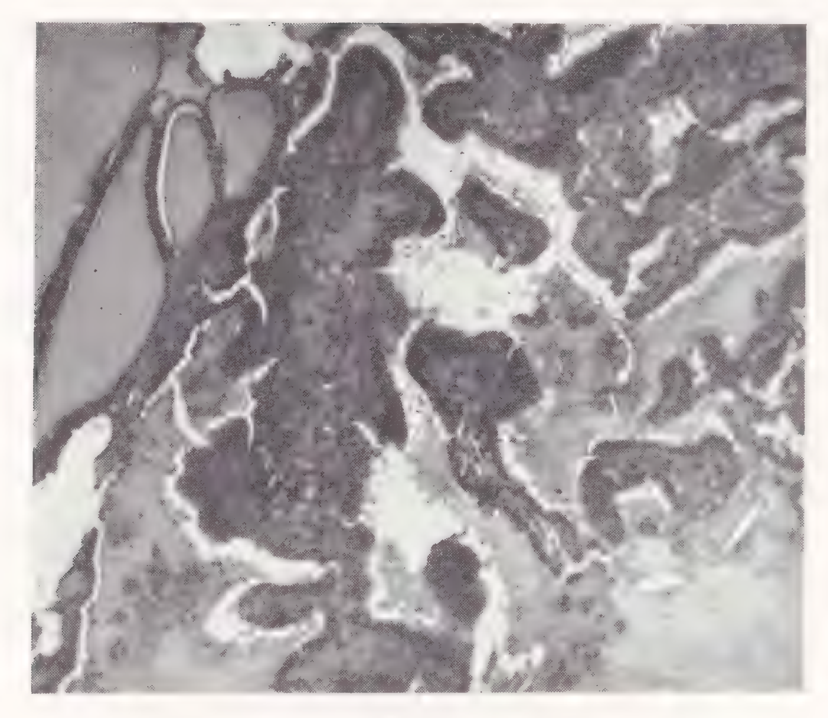


Fig. 23

papillary secondary (Fig. 23) hyperplasia are present and these should not be confused with neoplasia.

The patient is at present enjoying good health.

CASE FIVE: (Dr. Marcial Rojas):

A 6 month old female infant admitted to the Bayamón District Hospital with severe dyspnea, coughing and diarrhea. The patient was febrile and a tentative diagnosis of laryngotracheobronquitis was established. A chest film was ordered. Dr. Guzmán Acosta, will you comment about the findings in this radiograph?

Dr. Guzmán Acosta: The frontal projection (Fig. 24) in this child reveals a large lobulated mass extending from the mediastinum into the right upper hemithorax. There is no displacement of the mediastinal structures. There is minimal widening of the intercostal spaces without any definite evidence of costal erosion. In the lateral view, (Fig. 25) in spite of respiratory motion, the tumor is recognized in a posterior position.

From the above findings we would be inclined to entertain a differential diagnosis between a cystic malformation and a neurogenic tumor. If we had the opportunity to examine this child in different positions possibly we might be fortunate to obtain



Fig. 24



Fig. 25

changes in shape under the influence of gravity to establish a cystic nature, but we do not know. Teratoid and thymic tumors are unlikely in the posterior mediastinum. Pericardial cysts also are usually found anteriorly. Since infants do not cooperate under the fluoroscope we would not even expect to detect the usual changes in shape of pericardial cysts dependent on respiration. Ciliated epithelial cysts (so-called bronchial cysts) cannot be fully excluded, although they usually do not arise so far posteriorly. A gastro-enteric cyst or reduplication and a neurogenic tumor would seem the most likely possibilities.

Dr. Marcial Rojas: The patient was operated upon and this cyst (Fig. 26) seen in the lantern slide was removed from the posterior mediastinum. It measured 7 cm. in main diameter. It was unilocular containing clear yellow liquid. The inner lining was smooth and glistening. Histologically the lining as seen in the photomicrograph (Fig. 27) is composed of typical gastric mucosa with numerous parietal cells. No ulceration was encountered. Dr. Rodríguez Pérez, will you comment upon the surgical treatment of this congenital malformation known as reduplication?

Dr. Rodríguez Pérez: Endodermic cysts when in the middle mediastinum need a more careful dissection than when they are above the main bronchi or in the inferior mediastinum, or in the cardiophrenic angle as is the case in the "spring water" cysts. The bronchial cysts may open into a bronchus or trachea and, of course, the repair of the defect is mandatory. Sometimes these

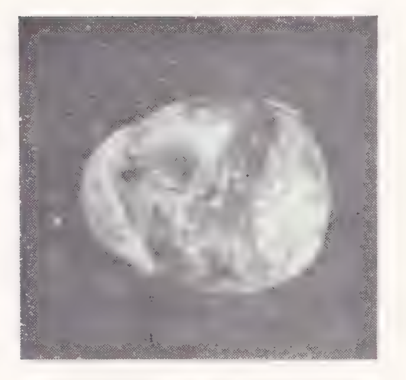


Fig. 26



Fig. 27

cysts may be markedly adherent to the esophagus or even located within its wall. The recovery in all our cases has been uneventful, Dr. Marcial Rojas, will you comment on the embryology of these lesions?

Dr. Marcial Rojas: Embryologic reduplications of this sort may have their seat in the pericardium, thymus, tracheobronchial tree or the gastro-intestinal tract. The pericardial cysts are also known as "spring water" cysts and they are supposed to arise from a failure of the primitive celomic lacunae to fuse. The pos-

sibility that these are actually endothelial-lined cysts has been questioned by Stout in view of the impossibility to differentiate the inner lining of these cysts from endothelium. Bronchiogenic cysts are lined usually with respiratory epithelium and many of them are connected with the tracheobronchial tree. They are supposedly developed from outpouchings or diverticuli of the bronchi or trachea which are later carried into the mediastinum. Gastro-enteric cysts develop from the esophagus because of persistence of small cystic and epithelial lined outpounchings in its wall which occur in the norma process of development. Finally, the origin of the thymic cyst is uncertain and is possible that many of them might develop after birth.

The patient at present is completely asymptomatic and has completely recovered.

CASE SIX: (Dr. Marcial Rojas).

A 43 year old woman seen at the Bayamon District Hospital in 1948 because of pain in the anterior chest and some evidence of compression of the trachea manifested by coughing and irritation. The physical examination was not remarkable and so were the routine laboratory findings. A chest film was taken. Dr. Guzmán Acosta, will you discuss the radiologic findings?

Dr. Guzmán Acosta: In the case just presented we encounter an oval tumor mass growing to the left in the superior anterior mediastinum (Figs. 28 and 29). We have no evidence of exten-



Fig. 28



Fig. 29

sion into the neck, and we feel we are dealing with a well circumscribed tumor of the anterior superior mediastinum.

In this particular case with this particular configuration we feel confident that we are dealing with a thymic tumor. Although not absolutely certain without histological evidence, we believe it to be benign because of its sharp well delineated configuration. These tumors may also occur in a lower position being very difficult to differentiate them from vascular structures and other tumors.

Dermoid cysts although may also occur in this general area and tend to grow more definitely towards one or the other side, usually show calcifications. An isolated thyroid mass (Struma aberrata vera) might conceivably produce a similar radiographic finding. They are highly unusual even among a not very common group of conditions. Radioiodine uptake studies might be helpful in its distinction. Dr. Marcial Rojas, will you clarify some points regarding the classification of thymic tumors?

Dr. Marcial Rojas: Many attempts have been made to accurately classify thymoma according to their cell type. I believe that to try to pidgeon hole each case into a corresponding stage of embryonic development is very difficult and hazardous. These tumors show so many variations even within the same tumor that I never attempt to specifically classify their cell type. I can say the same thing regarding their malignancy, that is, histologically the tumor which is well encapsulated could be similar to that which extends into the adjacent mediastinal structures and which is unresectable. It is also true that erroneous diagnosis of thymomas and so-called thymic carcinomas are frequently made on biopsies from unresectable tumors located in the anterior mediastinum. Most of these probably represent teratomas, lymphomas and even oat-cell carcinomas of the lung. In many occasions biopsies of these inoperable anterior mediastinal tumors are insufficient to establish a definite diagnosis. Dr. Rodríguez Pérez, how do you handle these cases?

Dr. Rodríguez Pérez: These tumors are best tackled through the chest, for they may attain big proportions and tend to grow towards one or the other pleural space. Some of these tumors are easily removed specially when they are hanging from a pedicle from the anterior mediastinum. Others may be infiltrating the adjacent mediastinal structures specially the superior vena cava, and these can not be completely resected. The case under discussion was explored through the chest and the tumor, although well encapsulated in radiographs, was involving mediastinal structures, and could not be resected. A generous biopsy was obtained.

Dr. Marcial Rojas: This is a section of this tumor disclosing the typical mixed appearance of a thymoma (Fig. 30) composed of small dark lymphocytes and the intervening groups of larger clear cells which most people consider epithelial but some believe are reticular. From the biopsy alone we can not establish the diagnosis of malignancy, but we must call this tumor an invasive or malignant thymoma, if you wish, as it clinically involved the adjacent mediastinal structures. I must emphasize that accurately diagnosed thymomas have never been known to metastasize and are only characterized by infiltration and, occasionally, implantation. Dr. Víctor Marcial, will you discuss the value of radiotherapy in the treatment of thymomas?



Fig. 30

Dr. Víctor Marcial: The value of radiotherapy for inoperable thymic tumors is well known. The best response is achieved in those neoplasms with predominant lymphoid elements. Even when very extensive, these tumors are highly curable for their responsive to radiation is good, and they tend to remain localized within the thorax. The doses required for control of a thymic tumor are in the neighborhood of 5000 r in 30 to 40 days. In a group of 9 inoperable cases reported by Brinkley, from the University of

California School of Medicine, 6 were locally controlled and 4 lived over 5 years with radiation therapy.

Dr. Marcial Rojas: Much has been written about the association of thymomas with myasthenia gravis. Dr. Cintrón Rivera, what do you think about this?

Dr. Cintrón Rivera: The relation of these two conditions is by no means clear and a great deal of conflicting evidence can be gathered in pro and in con of this relation. We know that 3/4 of the cases of thymomas have myasthenia gravis. The reverse relation is not that conclusive since as little as 15% and as high as 30% of cases with myasthenia gravis have been shown to have a thymoma.

The value of thymectomy in ameliorating the symptoms of myasthenia gravis is also by no means a settled question. A report from the Massachusetts General Hospital concludes that all patients with thymomas and most males with non-neoplastic thymus glands derived little improvement in their myasthenia gravis following operation.

Dr. Marcial Rojas: To predict the occurrence of myasthenia gravis from the histologic findings in the particular thymic tumor is not full-proof. Castleman was able to study 60 cases of thymomas from the Mayo Clinic and was able to predict the presence or absence of myasthenia gravis in 75% of the cases, on the basis of certain histologic features which we do not have time to discuss today. A hematologic syndrome has been recently described in association with thymomas. Will you kindly discuss this syndrome, Dr. Cintrón Rivera?

Dr. Cintrón Rivera: The simultaneous occurrence of a benign thymoma and a severe anemia which fails to respond to therapy with recognized hematopoietic agents has been observed recently by various investigators. All of the patients reported have had "benign" tumors of thymic origin associated with a decreased erythropoietic activity in the bone marrow and anemia retractory to all therapeutic measures except transfusion.

It has been theorized that this is not a chance occurrence but that they are etiologically related. In view of the marked improvement following the resection of the thymoma the advisability of surgical exploration and possibly resection of the thymus should be considered in patients with refractory anemia particularly those with hypoplasia of the erythrocytic series of the bone marrow.

Dr. Marcial Rojas: This patient received radiotherapy and is still living at present with evidence of persistent mediastinal tumor. This is our last case in this panel.

We will appreciate any additional comments from the floor pertaining this interesting subject of mediastinal tumors.

LA PREVENCIÓN DE NIÑOS LISIADOS*

*E. FIGUEROA DE GONZÁLEZ, M.D.***

En una época no lejana, se consideraba el niño lisiado como aquel que tenía un impedimento físico, más bien de naturaleza ortopédica, que le prevenía crecer y desarrollarse físicamente a cabalidad. Hoy en día se ha ido ampliando el significado, hasta incluir en este grupo, a todo niño que tenga un impedimento cualquiera, que interfiera con su crecimiento y desarrollo físico, mental e intelectual.[1]

Como el impedimento puede ser de mayor o menor magnitud, se presta poco a una medición objetiva y exacta del total de niños lisiados en un lugar determinado. Son pocos los lugares donde se han hecho estimaciones sobre la población afectada y aún allí, se ha limitado el significado de la palabra a ciertas condiciones específicas, con el fin de facilitar el cómputo.

Lesser y Hunt[2] creen que la población de niños lisiados en los Estados Unidos "es considerable". Más específicamente, Wishik[3] estima que aproximadamente 10% de los menores de 21 años están afectados por alguna de 12 condiciones estudiadas por su grupo en dos condados de Georgia.

En Puerto Rico no se conoce el problema totalmente. Se hizo un estudio preliminar en las escuelas públicas en el año fiscal 1956-57, llevado a cabo por los maestros.[4] Allí se encontró la información que resumimos en la Tabla 1. No sabemos los defectos que se estudiaron específicamente en cada agrupación.

Tabla I

Examen Preliminar de Escolares Hecho por Maestros en las Escuelas Públicas - P. R., 1956-1957

Defecto	Niños Examinados	No. con defecto	%
1. Dental	323,228	161,199	49.8
2. Visual	358,189	18,551	5.1
3. Auditivo	345,278	6,526	1.8
4. "Lisiados"	237,849	1,842	0.7

Esta nos dá una idea general de la frecuencia de los impedimentos más sobresalientes entre los niños que asisten a las escuelas públicas. Sin embargo, es solamente una aproximación del

---

* Trabajo presentado como requisito del curso M.P.H. de la Escuela de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico, 1958.

** Catedrática Auxiliar de Higiene Materno-Infantil, Depto. de Medicina Preventiva y Salud Pública, Esc. de Medicina.

problema. En primer lugar, los maestros no están capacitados para encontrar nada más que aquellos defectos que sobresalgan. En segundo lugar, allí no están incluídos los preescolares. Y por último, se excluyeron los niños de edad escolar que no asisten a las escuelas públicas, y entre los cuales precisamente habrá algunos con una incapacidad que los prive de asistir.

Solamente sabemos que la demanda de servicios a las agencias que los prestan es grande. Por lo tanto, los niños lisiados en Puerto Rico son los suficientes como para necesitar alguna ayuda.

En la Conferencia de Medio Siglo de la Casa Blanca sobre la Niñez y la Juventud,[5] la opinión del comité que estudió los problemas de los niños severamente impedidos física o mentalmente, fué: "la comunidad tiene el deber de proveer facilidades adecuadas para la educación, cuidado médico, bienestar espiritual, crecimiento físico y ajuste social necesarios para que cada niño impedido físico o mentalmente pueda funcionar dentro de sus limitaciones, a su efectividad máxima como ser humano, con dignidad e independencia".

Como ciudadanos y como médicos debemos enfatizar la necesidad de la prevención y tratamiento de los niños lisiados. Fisher[6] dice, al igual que muchos otros, que el niño lisiado necesita cuidados especiales para desarrollarse máximamente, como desean los miembros del comité arriba mencionado. Este cuidado se puede ofrecer solamente cuando hay un equipo compuesto por varios especialistas entrenados en el cuidado de estos niños, ya que ningún individuo tiene la suficiente habilidad o conocimientos como para ofrecer este cuidado por sí solo. Para lograr integrar la comunidad hacia esta meta ideal, enumeramos los siguientes puntos modificados de los ofrecidos por Fisher:

1. Conocer la magnitud del problema en la comunidad; estudiar las necesidades específicas requeridas para corregirlo, para poder determinar las que nos faltan para combatirlo.

2. Educar a:
   a. **El paciente** para que se comprenda a sí mismo y a su problema, y para que acepte su impedimento en una forma realista;
   b. **La familia** para que acepte al niño lisiado con sus limitaciones;
   c. **Las profesiones** que usualmente forman el equipo que cuida los lisiados, capacitándolos en este cuidado especializado, para que puedan llevar a cabo su tarea adecuadamente;

d. **La comunidad** para que acepte su responsabilidad hacia el lisiado, y participe activamente en su habilitación.

3. Eradicar el lisiamiento mediante:
   a. **La prevención** de aquellas condiciones que convierten un niño sano en un lisiado; y,
   b. **El tratamiento** de los lisiados, para emanciparlos y hacerlos miembros contribuyentes de la sociedad.

En la mayoría de las circunstancias se acepta que la prevención rinde mucho más beneficio por ser a la larga más barata, y de mayor provecho, que el tratamiento aislado de pacientes. El objetivo ideal en la eradicación de lisiados entonces, debe ser la prevención.

Antes de prevenir algo tenemos que conocer su causa, y en los lisiamientos hay algunas causas desconocidas. De acuerdo a Warkany[7] las anomalías congénitas como causa de lisiamiento hacen su buena contribución, y él apela al mundo de los científicos que continúen investigando las causas de anomalías congénitas, para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas e incapacitantes.

Por otro lado, otros autores llaman la atención a procedimientos que se pueden llevar a cabo en la vida diaria del trabajo médico, lo cual con un poco de esfuerzo, tendería a contribuir a la prevención de niños lisiados. Enumeraremos a continuación una lista modificada de procedimientos, de los presentados por los artículos escritos por Cooke y Odell,[8] Wishik,[9] MacAllister,[10] McClave y Shaffer,[11] McGavic,[12] y Sataloff[13].

I — Prevención Preconcepcional

1. Exponer las niñas a sarampión alemán, para evitar que contraigan esta enfermedad luego, en el embarazo.
2. Vacunar contra la poliomielitis, evitando que contraiga la enfermedad en el embarazo.
3. Tomar un historial personal y familiar detallado, para aconsejar los futuros padres sobre la posibilidad de tener hijos con enfermedades de trasmisión genética.

II — Prevención Prenatal

A. Infecciones:

1. Diagnosticar sífilis y gonorrea en el embarazo para tratarlas temprano, y evitar sífilis congénita y ceguera en el niño.

2. Esterilizar el equipo de administrar inyecciones por métodos adecuados para evitar la propagación de hetitis de suero homólogo, que la embarazada puede trasmitir al feto, causando posible cirrosis en el niño.

B. **Radiación:**
1. Evitar la exposición directa del vientre embarazado a rayos X, especialmente en el primer trimestre, para prevenir posible malformación del cerebro del niño.
2. Tomar pelvimetría en el último trimestre si es necesario.
3. Tomar una placa del feto que muestra la epífisis femoral distal antes de hacer una operación cesárea electiva, o una inducción, para evitar prematurez.

C. **Alimentación:**
1. Asegurarse que la embarazada toma la alimentación adecuada para el desarrollo óptimo del feto.

D. **Endocrinas:**
1. Controlar diabetes materna, evitando especialmente la cetosis, para evitarle dificultades serias al recién nacido, y anoxia como consecuencia.
2. Evaluar cuidadosamente la función de la tiroide en la embarazada y prevenir deficiencia de la hormona, para que haya desarrollo óptimo del cerebro del niño.

E. **Inmunología:**
1. Conocer tipificación completa de la sangre materna.
2. Hacer títulos de anticuerpos maternos si la embarada es Rh negativa y el esposo es positivo.
3. Evitar inducciones excepto en casos de historial repetido de natimuertos.

F. **Complicaciones maternas:**
1. Tratar adecuadamente la toxemia; y,
2. Prolongar la gestación, para evitar el parto prematuro.
3. Evitar en lo posible nacimientos por presentación de nalgas.
4. Interrumpir partos a las 42 semanas, evitando las complicaciones del niño pasado de término, y especialmente la anoxia cerebral.

III. **Prevención Paranatal, Evitando Daño Cerebral y Anoxia**

A. **Anestesia:**
1. Usar narcosis, analgesia y anestesia generalizada lo menos posible.

2. Evitar la hipotensión de la madre.
3. Dar oxígeno a la madre en la segunda etapa del parto

B. **Obstetricia:**
1. Asegurar atención del parto a todas las embarazadas.
2. Usar los latidos del corazón fetal como indicio de dificultad del niño.
3. Conducir un parto prematuro en condiciones óptimas.
4. Evitar toda operación cesárea lo más posible.
5. Si se hace la cesárea, extraer la cabeza del niño primero.
6. Evitar partos precipitados.
7. Evitar uso excesivo de inducciones con pitocina.
8. Al nacer el niño, mantener su cabeza más baja que el cuerpo hasta que se succione adecuadamente.

IV. Prevención Neonatal

A. **Respiración:**
1. Establecerla espontáneamente tan a menudo como sea posible para evitar trauma.
2. Usar presión positiva endotraqueal cuando hay personal entrenado en su uso, si es necesario.
3. Succionar adecuadamente la nasofaringe del recién nacido.
4. Succionar el estómago de los prematuros, los niños nacidos por cesárea, los de madres diabéticas y los pasados de término, para evitar aspiración de secreciones.

B. **Laboratorio:**
1. Hacer bilirubinas en serie a aquellos niños que son más propensos a desarrollar ictericia, y kernícterus.
2. Hacer hemoglobina a los de madres con placenta previa.
3. Hacer pruebas especiales a los que tengan historia familiar de cretinismo, y de aquellas otras enfermedes que se encuentran repetidas veces en familias.

C. **Transfusiones:**
1. Darlas a los que sufran hemorragias.
2. Hacer cambio de sangre en aquellos que desarrollan ictericia temprano y haya peligro de que se desarrolle kernícterus.
3. Evitar sensitización de niñas Rh neg.

D. **Envenenamiento:**
1. Evitar uso excesivo de oxígeno, vitamina K, Gantrisina y productos de naftalina.

E. **Aislamiento del recién nacido:**
 1. Evitar enfermedades infecciosas que puedan lisiar al niño.

F. **Alimentación:**
 1. Tener cantidades adecuadas de agua en el alimento para evitar que los riñones inmaduros tengan una carga excesiva de solutos.
 2. Dar alimentos hipoalergénicos a los niños con un fuerte historial familiar de alergia.
 3. Administrar dietas especiales a casos de posible galactosemia y oligofrenia fenylpirúvica.

G. **Medidas generales:**
 1. Observar la respiración del infante como indicio de dificultad.
 2. Observar el color de la piel para ver si desarrolla ictericia temprano.
 3. Observar si hay exceso de secreciones en la oro-y-nasofaringe.
 4. Prevenir hemorragias que puedan causar anoxia y retardación mental como consecuencia.
 5. Hacer un buen examen físico al recién nacido para buscar anomalías o injurias manifiestas a esta edad:
  a. **Angiomas faciales** que puedan dejar cicatrices de mal efecto cosmético.
  b. **Injurias al plexo braquial,** observando el movimiento de los brazos, especialmente en los casos de presentación de nalgas.
  c. **Deformidades de los pies** que se deben corregir antes que se osifiquen los huesos.
  d. **Válvula posterior de la uretra,** observando la corriente de orina del niño varón.

V. **Prevención en la Infancia y Edad Preescolar:**

A. **Inmunización temprana contra:**

1. Tosferina	4. Poliomielitis
2. Difteria	5. Viruela
3. Tétanos	6. Tuberculosis

B. Hacer evaluaciones físicas a varias épocas para diagnosticar precozmente y corregir temprano defectos deformantes.
 1. Crecimiento y desarrollo:
  a. Buscar la causa de desvío de lo normal para cada niño, con especial atención en el crecimiento del cráneo.

2. Condiciones ortopédicas:
    a. Tortícolis en los primeros meses de edad, antes de ocurrir deformación.
    b. Dislocación de la cadera antes de que el niño empiece a caminar; buscándolo más a menudo entre las niñas nacidas por presentación de nalgas.
    c. Pie plano que persista más de 18 meses, para poder corregirlo.
    d. Escoliosis y
    e. Tuberculosis ósea.
3. Visión:
    a. Examinar los ojos del niño temprano para diagnosticar:
        1. Ceguera, examinando reacción de la pupila a la luz.
        2. Glaucoma, examinando la córnea para posible opacidad.
        3. Cataratas, examinando el lente para opacidad.
        4. Fibroplasia retrolental, examinando el fondo de ojo a los que nacieron prematuramente.
    b. Diagnosticar estrabismo en los primeros 2 ó 3 años para evitar pérdida de visión binocular y percepción de profundidad.
    c. Recomendar examen de la vista a los 3½ a 4 años a todos los niños, para corregir defectos de refracción no aparentes.
4. Audición:
    a. Evitar las infecciones del oído medio, y si se desarrollan, tratarlas adecuadamente para evitar pérdida en audición.
    b. Estudiar en detalle los niños que comienzan a hablar tarde, y con defectos de dicción, buscando los casos de pérdida de audición.
5. Dentición:
    a. Recomendar medidas que tiendan a evitar caries.
        1. Alimentación apropiada, evitando los dulces.
        2. Programas de fluoridación de aguas.
        3. Examen del dentista a los 3 años de edad.
6. Sistema respiratorio:
    a. Prevenir tuberculosis y diagnosticarla temprano al presente, para tratamiento oportuno.
    b. Tratar infecciones respiratorias adecuadamente.

7. Sistema cardiovascular:
    a. Tomar pulsaciones arteriales en los pies en el primer año de vida.
    b. Auscultar el corazón en todas las visitas para evaluar la presencia de soplos.
    c. Estar atento a cansancio indebido del niño.
8. Sistema genitourinario:
    a. Análisis de orina una vez al año para azúcar, albúmina y células, dando origen a corrección temprano de anomalías congénitas, y control precoz de diabetes.

C. **Aprovechar las consultas de niños sanos para educar los padres:**
1. Sobre la alimentación adecuada del niño, supliendo vitaminas si necesario.
2. Respecto a los accidentes a que se expone el niño en cada etapa de su crecimiento y desarrollo, aconsejándoles supervisión de juegos, especialmente con referencia a automóviles, natación, quemaduras, caídas, y venenos o medicinas peligrosas.
3. Respecto a higiene mental.
    a. Recalcando la necesidad de seguridad y cariño que tiene el niño.
    b. La necesidad de límites definidos en la disciplina del niño; y
    c. Darles seguridad a los padres en su propia habilidad para manejar sus asuntos familiares.

VI. Prevención en el Escolar

A. **Prevención de accidentes:**
1. Recomendar enseñanza de prácticas que ayuden al niño a protegerse a sí mismo.
    a. A cruzar calles respetando leyes de tránsito.
    b. Prácticas de primera ayuda.
    c. Natación.
2. Recomendar que grupos cívicos asuman el rol protector de los niños.
    a. Controlando el tránsito en las áreas donde circulan niños frecuentemente.
    b. Proveyendo salvavidas bien equipados en áreas de natación frecuentadas por los niños.

B. **Examen de visión y audición:**
1. Detectar niños que necesiten tratamiento mediante examen periódico.

C. **Prevenir enfermedades que lisian:**
   1. Tratar enfermedades por estreptococo para evitar fiebre reumática y glomerulonefritis.
   2. Prevenir tuberculosis mediante pesquisa y tratamiento de casos.

D. **Higiene dental:**
   1. Educar sobre prácticas saludables para la buena dentición.
   2. Aconsejar la obturación de dientes que lo requieran.
   3. Evitar desarrollo de mala oclusión.
      a. Evitando extracciones.
      b. Obturando espacios de dientes perdidos tempranamente.

E. **Higiene mental — recomendar a las autoridades escolares:**
   1. Observación y tratamiento de niños con problemas de conducta.
   2. Guiar los niños a desarrollar buenos hábitos de recreación.
   3. Educar a los familiares y los niños en aspectos sexuales.
   4. Ofrecer servicio de consejeros a los adolescentes que lo necesiten.

Todo médico que atiende madres y/o niños puede contribuir grandemente a evitar lisiamientos si adapta las medidas recomendadas en su práctica diaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Fisher, C., Symposium on Handicaps and their Prevention; Foreword. Pediat. Clin. N. America, p. 593. August 1957.
2. Lesser, A. and Hunt, E. P., The Nation's Handicapped Children, Am. J. Pub. Health, 44:166, 1954.
3. Wishik, S. M., Handicapped Children in Georgia: A Study of Prevalence, Disability, Needs and Resources, Am. J. Pub. Health, 46:195, 1956.
4. Estadísticas sobre los exámenes de los escolares en Puerto Rico. 1956-57 (Datos no publicados).
5. Richards, E. A., General Editor, Severe Physical and Mental Limitations, Proceedings of the Midcentry White House Conference on Children and Youth. Health Publication Institute, Raleigh, N. C. 1951.
6. Fisher, C. C., The Community and the Handicapped Child Pediat. Clin. N. America, p. 757. August, 1957.
7. Warkany, J., The Role of Congenital Anomalies in the Etiology of Chronic Diseases, J. Chronic Dis. — 3:45, 1956.
8. Cooke, R. E., and Odell, G. B., Perinatal Factors in the Prevention of Handicaps, Pediat. Clin. N. America, p. 595, Aug., 1957.
9. Wishik, S. M., Child Health Supervision, Importance in the Prevention of Handicapping Conditions, Pediat. Clin. N. America, p. 649, Aug., 1957.

10. Mc Allister, R. M., Inmunization Procedures, Pediat. Clin. N. America, p. 611, Aug., 1957.

11. Mc Clave, C. R. and Shaffer, T. E., Accidents, Injuries and Children, Pediat. Clin. N. America, p. 635, Aug., 1957.

12. Mc Gavic, J. S., Prevention and Treatment of Visual Defects. Pediat. Clin. N. America, p. 665, Aug. 1957.

13. Sataloff, J., Hearing Defects in Children, Pediat. Clin. N. America, p. 679, Aug. 1957.

CLINICAL FEATURES OF CARDIAC TUMORS*

R. A. BLANES, M.D.

With the progress in cardiac surgery, the unsuspected discovery of cardiac tumors is occurring more and more frequent. Together with this, the possibility of diagnosing this condition has also increased — since the index of suspicion of its existence has also risen. That is, during the last ten years, the medical profession has become more conscious than before of the possibility of this pathological state. This is important, because with the recent advances in cardiac surgery this form of heart disease, in certain types of tumors, may change from an incurable to a curable condition, with total rehabilitation of the physical state of the patient from a state of invalidism and certain death, to complete restoration of a normal and useful life.

Tumors of the heart were found by old anatomists, and classified as "polypi-cordis." In 1865 Zollicoferus[2] wrote a dissertation on the subject "De Polypo Cordis." Lunt[1] reviewed the literature from 1824 to 1908 and tabulated 91 primary neoplasms. In 1923 Nandelstamm[1] collected 143 primary tumors of the heart, of which 117 were benign and 26 were malignant. Yater[1,47] in 1931 brought the total of heart neoplasms to 150, and in 1944 Lisa-Hershebern[17] and Hart[17] added 33. Up to 1945 only two cases were reported in which diagnosis was made before death and confirmed by autopsy. In both cases the tumors were malignant. From 1918 to 1945 thus 188 cases were reported in the literature. The literature contains conflicting statements as to who was the the first to diagnose a cardiac tumor ante-mortem. Some state that Roesler[5] in 1924 made the first correct diagnosis; Fishberg[5,47] was first to report it in the American literature in 1930. Up to 1950 there were 400 cases of primary tumors of the heart reported. At various times, during 1918 to 1951, it was estimated by those reviewing the literature that primary neoplasm of the heart occurs in from 0.03% to 0.05% of routine autopsies. White[48] in 1951 estimated that 80% of the primary tumors were benign and 20% malignant. The various types of tumors in order of their frequency as listed by Yater[1,47] in his excellent monograph of 1931 were: myxoma, sarcoma, rhabdomyoma, fibroma, lipoma, endothelioma, hemangioma, lymphangioendothelioma and leiomyoma. Myxomas are the most common and they have been estimated

* Paper presented at Graduate Course in Cardiology Harvard Medical School, April 30, 1958.

to represent 50% of all the primary tumors of the heart. Levine[49] states that metastatic tumors are about ten times as common as primary tumors, while Reeves[1,20,74] and Michaelis[1,20,47] seven times more common, and Princhard[20] states that metastatic tumors are 40 times more frequent than primary. Metastatic tumors, however, are of academic interest only, while primary tumors are of considerable importance now, since may be curable by surgery. Metastatic tumors of the heart occur in from 3 to 5% of all cases of disseminated malignancies (Princhard).[20] They are a rare cause of arrythmia and heart block.

The heart thus may be secondarily invaded by malignancy, and we may distinguish three types of secondary invasion: (a) as part of general or disseminated metastatic involvement, (b) as a solitary metastasis from a nearby organ, (c) or by direct extension from an adjacent organ; or by embolic, lymphatic and direct extension. Carcinomatous metastasis are more common than sarcomatous. It is of interest also to notice that valves are not significantly involved in metastatic lesions. Yater[1,17] and Prichard[20] explain this by their relative avascularity. These same authors also called attention to the fact that metastatic lesions appear as discrete nodules and at times grow to encroach upon the chambers, but this is rare. They also point to the fact that the right side was involved more frequently than the left. This predilection for the right side is explained by noticing that 75% of the coronary arterial flow returned to the right chambers of the heart, passing through the thebesian veins and coronary veins. Embolic tumor cells, may thus have more opportunity to lodge on the right than on the left. Of great interest in metastatic involvement of the heart are the two cases reported by Wainwright[9] in the Johns Hopkins Bulletin. The two cases were instances of intracardiac tumors. In one case, there was involvement of the left heart, in the other of the right heart. In one the tumor thrombus arose in the lung and entered the left side of the heart by way of the pulmonary vein; the other, a uterine tumor, the tumor thrombus entered the inferior vena cava and went all the way up to the heart entering its right side. In both cases the tumor was unattached to the endocardium; no implantation, only a tumor thrombus extending through the atrio ventricular orifice, seriously interfering with function and the circulation. In one case the classical signs of mitral stenosis was produced; in the other the murmurs were widely transmitted, but were heard best at apex, and was interpreted as mitral and insufficiency. These findings were revealed post-mortem. Ante-mortem, a diagnosis of rheumatic heart disease with mitral involvement had been made.

I. Primary Tumors of the Heart

a) Myxoma.[1,5,6,10,47]

Primary tumors of the heart are rare, the endocardial myxoma being reported with increasing frequency. It is the most common as well as the most debated of the primary neoplasms. It arises more frequently on the left auricle in the region of the fossa ovalis. Some authors state that females are affected three times as often as males. In the series reviewed it was found about equal distribution of the sexes. Some pathologists have questioned whether they are true neoplasms or organized thrombi. At the present the consensus is that they are true neoplasms. Myxomas constitute about 50% of the primary tumors of the heart; 75% of them occur in the left atrium. They are in interesting group because of size, situation and tendency to plug up an orifice of the heart, usually the mitral. This occlusion simulates mitral stenosis.

b) Fibroma.[1,47]

Fibroma are endocardial tumors similar in nature to myxoma, usually single, never larger than a cherry, are papillary and pendunculated. These tumors rarely produce clinical symptoms, all being innocent post-mortem discoveries.

c) Sarcoma.[1,3,4,7,11,12,39,42]

The mayority arise from the auricles, preferably the right and often from the inter auricular septum. It is interesting to recall that all myxomae arise from the auricles, preferably the left and often from the inter auricular septum. Their sizes varies from walnut to a child's head, the growth may be intracavitary, intramural, pericardial or mixed. Most of intracavitary tumors fill the auricle in which they have originated. Sarcomae occur at any age and there is predominance of the male sex. Here it is of interest to note and difficult to conceive how the neoplasm can become so extensive and the heart continue to function. The clinical feature of sarcoma of the right atrium closely resembles those of rapidly progressive tricuspid stenosis.

d) Rhabdomyoma.[8,39]

This is one of the most interesting. There are three morphologic types: 1. solitary; 2. multiple; 3. diffuse. The solitary is usually located at the apex of the heart and is unassociated with other developmental abnormalities. The multiple nodules may be subendocardial, intramural or sub-epicardial, and may or may not project into the cavities of the heart or pericardial sac. They show frequent transitions to normal cardiac muscle and are often associated with other developmental conditions, particularly tuberous sclerosis of the brain, mixed cell tumors of the kidney and

adenoma sebaceum of the skin. The patient may or may not be feebleminded or epileptic. In the diffuse variety, the rhabdomyomatous elements occur as small, circumscribed nodules and are scattered through the cardiac muscle without definite grouping.

e) Miscellaneous tumors.[1,36,47]

Lipoma, lymphoangioma, endothelioma, leiomyoma and rhabdomyosarcoma. Lipoma is usually small but may become as large as a hen's egg. It occurs often sub-epicardial, sub-endocardial or intramural. Lymphangio-endothelioma may produce heart block. Some authors state that it arises from lymph vessels of the node. A malignant leiomyoma was described by Esbach as originating from the pulmonary artery, with valvular involvement and occlusion, of pulmonary artery.

f) Primary tumors of the pericardium.[1,10,44,45,47]

About 20% of the cases of sarcoma of the heart are of pericardial origin. Other types are polyps, usually occurring on the inner border of a fibrotic thickened pericardium. Of unusual instance is carcinoma of the pericardium. The few cases recorded are instances of endothelial carcinoma, derived from the surface cells of the epicardium. A teratoma lying within the pericardial cavity and attached to the root of the pulmonary artery was described by Joel[36] in 1890.

A neurofibroma attached to the parietal pericardium and apparently originating from the phrenic nerve has been described by Keeler and Callender.[1,20,47]

A. The Clinical Features of Cardiac Tumors:

The onset of cardiac dysfunction when a malignant tumor in some other organ has been recognized, as when intractable cardiac dysfunction of obscure cause is present, should make one suspect the presence of cardiac tumor. The refractory character of these cases has been stressed by Yater,[1,47] Prichard[20,44] and other observers; that is, all the known therapeutic procedures employed appear to have no beneficial effect in cardiac decompensation, or at the most the beneficial effects are transient or a minor one. The sarcomas appear particularly prone to acquire this character to a striking degree.

In many instances of disseminated cancer, with cardiac metastasis, symptoms of cardiac origin are absent. It is astounding how large a tumor may become, how numerous the nodules or how extensive the infiltration of the myocardium, before cardiac function is disturbed. Even when a growth is primary on the heart, death may occur as a result of distant secondary lesions and cardiac failure. The point is, how minor the cardiac symptoms may be, even with severe extensive malignant cardiac involvement. In

other instances cardiac failure, unresponsive to digitalis, is the end of the case. A person with malignant disease somewhere, and who suddenly develops arrythmia, dyspnea, and other symptoms of cardiac dysfunction, suggest the possibility of metastatic invasion of the heart. The benign tumors, myxomae and fibromyxomae also exhibit these characteristics, sometimes the physical detericration as well as the intractable heart diseases progresses unusually rapidly, producing death of the patient in a matter of few months.

The myxomae are the most frequent of the benign tumcrs and ante-mortem diagnosis of myxoma of the left auricle is not now as rare as a few years ago. In myxoma as in other cardiac tumors the important thing is to keep the pcssibility of cardiac neoplasms in mind in the differential diagnosis of an obscure cardiac disease, of undetermined etiology, especially those cases presenting some form of variable mechanical valvular dysfunction. One should keep in mind that intra atrial myxcmae may duplicate exactly the findings of mitral or tricuspid stenosis.[9,28,33,37,40,41] In fact, in 92% of the 400 cases of myxoma[20,21,23,26] of the left atrium reviewed, mitral stenosis of rheumatic origin was considered as the probable etiology of the heart disease present[9,28,29,33,36] We may call left atrial myxoma the "great imitator" of mitral stenosis, and always think of this possibility in a case suspected of having rheumatic heart disease, which lacks some or all of the clinical aspects of that disease. These cases which imitate rheumatic heart disease present more or less the following picture. Heart disease appears in an otherwise healthy young individual, who has been examined in previous years, and always has received assurance from the clinician that no heart disease was present. The patient comes now with shortness of breath, palpitation, some have pain of cardiac origin, early signs or cardiac decompensation, a systolic or diastolic mitral murmur, producing the auscultatory phenomenae of valvular stenosis. The symptoms and signs may be variable. The patient may be in a state of shock, almost near death, and change soon to one of a greatly improved state. Not all cases present this picture, but all exhibit some variability of the signs and symptoms. In a few cases it has been reported, dissapearance or decrease of the signs and symptoms when the patient assumes an upright position. Eventually the general condition deteriorates, the attacks of sudden shock, dyspnea and cyanosis increase in frequency until the patient dies suddenly or of unresponsive heart failure.

In other cases subacute bacterial endocarditis[18] is simulated, the picture being of a critically ill young individual with a mitral tricuspid murmur, fever, leukocytosis, embolic phenomenae, dysp-

nea, and cyanosis. The heart murmur is explained by a tumor, usually pedunculated, partially occluding the mitral orifice, with narrowing of the stream producing the auscultatory phenomenae of valvular stenosis.

The character of the difficulties described in some patients with auricular tumors are explained by low cardiac output, and the growth hindering from time to time the inflow of blood at the entrance of the pulmonary veins, thus producing periods of temporary stagnation in the lung capillaries. Some of these patients die suddenly. Sudden death occurs apparently from sudden occlusion of either the mitral or tricuspid orifice by the penetration of an intracavitary pedunculated tumor. We must mention at this point that a pedunculated sarcoma may behave clinically like a myxoma. Also an atrial thrombus may produce partial occlusion of the mitral valve with signs of mitral disease. French[13,14] has described also a case of obstruction of the pulmonary artery on a right intraventricular thrombus producing intermittent narrowing of the pulmonary orifice.

In the first case reported by Wainwright,[9] although the auscultatory signs were those of mitral disease, the tumor was on the right side of the heart.

In some cases embolic phenomenae are prominent; sometimes thrombi overlie the surface of the tumor, or fragments of the tumor break off and cause emboli to lodge in the brain, lungs, aorta, renal arteries or extremities (Prichard).[19,20,22] One case where the signs of pyogenic infection were prominent has been reported by Hughes and Fazlullah (England).[41] They report a case with heart failure, fever, no murmurs and a white blood count of 33,000. In spite of usual measures, the patient died in an attack of acute pulmonary edema. The clinical diagnosis they made was toxic micarditis secondary to pyogenic infection. Autopsy revealed acute pulmonary edema and tumor of the left auricle. The heart was not markedly enlarged. There was a tumor arising from the interatrial septum of the left atrium and projecting through the mitral orifice into the left ventricle. At no time during the illness was cardiac tumor considered or thought of. The illness was a brief duration, only three weeks, and pyrexia was the prominent symptom. The high white blood cell count, the pyrexia and other symptoms and signs of infection, and a low index of suspicion for cardiac tumors contributed to the failure of not making an antemortem diagnosis. Most of the cases studied showed again and again, unusual features of heart disease, of short duration in a previously healthy individual, known to have been free of heart disease until onset of the present illness.

CONSIDERATIONS OF SOME CLINICAL FEATURES WHICH MAY AID IN DIAGNOSIS:

The diagnosis of heart tumors, mainly myxoma, rests principally on the alertness of the physician to the possible presence of this pathological state. The possibility of heart tumor thus should be included in the differential diagnosis of an obscure or bizarre heart disease when the following clinical features are present:

A) **Anomalies of the symptomatology of heart disease,** should make one reconsider the etiology and include the possibility of cardiac neoplasm in the differential diagnosis. For example, if a tumor of the left auricle involves the pulmonary veins, there may be great embarrassment of the pulmonary circulation, with dyspnea, cyanosis, and cough, greatly out of proportion to the degree of edema. In other large tumors of right auricle there may be edema of the face first, and then extension of the same to the chest and legs.

B) The symptomatology of large pedunculated intracavitary tumors which are usually myxomatous and sometimes sarcomatous in nature is of particular interest. The tumors are pedunculated and frequently penetrate and occlude an intracardiac orifice, usually the mitral; less often the tricuspid and sometimes the pulmonary and aortic. Thus symptoms of mitral stenosis are simulated. Cardiac neoplasm should be considered, therefore in all cases of mitral stenosis and especially when there is no definite history of rheumatic infection, and the clinical findings of this disease are lacking totally or partly. Cardiac tumors, however, may also occur superimposed on rheumatic heart disease and the presence of this disease although it makes the likelihood of tumor less probable, it does not necessarily eliminate its possible presence.

C) The lack of response to the treatment of congestive heart failure,[1] especially to digitalis and a rapidly progressive heart disease of recent onset should be regarded with suspicion.[28, 33, 40, 41, 47]

D) Changing physical signs, especially auscultatory with change of posture. For example, stenosis signs with vertical position and incompetence on horizontal position have been described by a few authors. Included in these signs are the sudden attacks of dyspnea, cyanosis, pulmonary edema with also sudden cessation, due to the mechanical occlusion (momentarily or for some time) by the prolapsing tumor.

E) The presence of signs of pulmonary artery stenosis in an **adult** should be looked upon with suspicion since this lesion is usually **congenital.**

F) Electrocardiography would be helpful in some cases as accessory evidence to the presence of rheumatic heart disease. Arrythmiaes and heart block occur usually on malignant and metastatic lesions.

G) Conventional roentgenography is sometimes of help in the diagnosis of cardiac tumors. In one case of Cooley and Sloan[16] a tumor shadow obliterating the right border of the heart has been observed in a case of right auricular myxoma. General cardiac enlargement of the mitral type is observed in most cases of left auricular myxomata. Probably if the case is observed from the very beginning the type of cardiac enlargement usually right or left could help in the diagnosis.

The most promising aid in the ante-mortem or in the preoperative diagnosis of cardiac tumors appears to be angiocardiography. Up to 1956 three cases have been correctly diagnosed by this means. In all cases a defect was visualized in the left and right auricles. All were myxomae. One should keep in mind that a defect may be produced by intra-atrial thrombi and by blood turbulence as recently reported by Cooley and Sloan.[16] With the progress in cardiac surgery, angiocardiology is definitely indicated in any case in which the etiology of heart disease is in doubt. It should be used without hesitation in spite of the risk, since if tumor is present the condition could be curable, and no time should be lost to the rapid inexorable downhill course of the disease.

SUMMARY:

1—With the progress in cardiac surgery the unsuspected discovery of cardiac tumors, is becoming more and more frequent. Primary and secondary tumors may occur in the heart. Myxomae are the most common and represent 50% of all primary tumors in the heart, 75% of them occuring in the left atrium. Metastatic tumors have a predilection to occur in the right side. Predilection for the right side is explained by noticing that 75% of the coronary arterial flow returns to the right chambers of the heart, passing through Thebesians veins and coronary veins. Primary tumors are of considerable importance since some of them may be cured by surgery.

2—In many instances of extensive disseminated cancer, with cardiac metastasis, symptoms of cardiac origin may be absent or minor. Arrhythmiae and heart block sometimes occur in disseminated cancer with cardiac involvement.

3—There is no accurate means of diagnosing heart tumors. A high index of suspiciousness may held in the diagnosis of this pathological condition. The myxomae being the most frequent of the benign tumors, should be kept in mind in the differential

diagnosis of rapidly progressing obscure cardiac disease, especially those presenting lack of response to digitalis and variable valvular dysfunction. Alertness to the fact that atrial myxomae imitate mitral and triscupid stenosis may help in diagnosing cardiac tumors. One should also consider this possibility in a case suspected of having rheumatic heart disease which lacks some or all of the clinical aspects of that disease.

4—Angiocardiography promises reward and should be used without reserve when myxoma or other primary tumor is suspected, or when the etiology of heart disease is obscure.

5—The day is not far when some intracardiac tumors will be added to the growing list of curable heart disease.

REFERENCES

1. Yater, W.: Tumors of the Heart, Arch. of Int. Med. **48**: 627-652, 1931.

2. Gross, P. and Englehart, C. E.: Primary hemangio-endothelioma (case), Am. J. Cancer, **30**: 102-107, 1937.

3. Panjol, G. and Barone, R.: Primary sarcoma presenting aspects of infiltration, Bull. Assoc. Franc. p. l'etude du cancer, **26**: 64-85, 1937.

4. Cabot, case 22491: Primary sarcoma (probably fibrosarcoma) of right auricle, New England J. of Med., **215**: 1082-1085, 1936.

5. Clerc, A., Gauthier-Villars, P. and Delamare-Rogé, J.: Myxoid tumor of left auricle (case), Arch. d'mal du coeur, **30**: 361-375, 1937.

6. Landry, C., Toulie, P. and Dugas, J.: Pseudo-tumoral form of primary thrombosis of left auricle, Arch. du, mal du coer, **30**s 481-490, 1937.

7. Popp, L.: Sarcoma; first case diagnosed during life of a patient, Bull. Acad. de Med. de Roumanie. **2**: 663-667, 1937.

8. Rae, M. V.: Congenital Rhabdomyoma, Canad. M. A. J., **39**: 63-64, 1938.

9. Wainwright, C. W.: Intracardiac tumor producing signs of valvular heart disease, Bull. Johns Hopkins Hosp. **63**: 187-200, 1938.

10. Scott, R. W. and Garvin, C. F.: Tumors, Am. Heart J., **17**: 431-436, 1939.

11. Cossio, P. and Berckonsky, I.: Primary pericardio-myocardial sarcoma, Rev. Arg. de Cardiol: 172-180, 1938.

12. d'Cirdois, G. Sommolnos: Primary sarcoma; resumé of cases previously reported and report of new cases; cases of secondary sarcoma, Arch. Latino ann. de cardiol y hematologia, 1940.

13. French, Herbert: Group Hosp. Reports, **66**:352, 1912.

14. French, Herbert: Group Hosp. Reports, **66**: 357, 1912.

15. Wien, K.: Breus, Med. Wchnschr, **28**: 768, 1878.

16. Ritchie, G.: Metastatic tumors of myocardium (16 cases), Ann. J. Pathology, **17**: 483-489, 1941.

17. Dexter, R. Wark, J. L.: Myxoma, Arch. Path., **32**: 995-999, 1951.

18. Hoffman, M.: Myxoma simulating subacute bact. endocarditis, Minnesota Med., **24**: 585-587, 1951.

19. Mills, P. and Philpott, M.: Myxoma with neurological signs, British Heart Journal, **13**: 115-117, 1951.

20. Prichard, R. W.: Heart Tumors (Review of subject and report of 150 cases), AMA Arch. Pathology, **51**: 98-128, 1951.

21. Coulter, Jr., W. W.: Heart Tumors (Diagnosis of Primary Neoplasms), Texas J. Med., **46**: 596-598, 1950.

22. Brewin, T. B.: "Myxoma" (a case in which death occured as result of detachment of tumor from its pedicle), Guys Hosp. Rep., **100**: 278-282, 1951.

23. Ferrier, E. Juncadella: Neoplasms, An. Med. Barcelona, **38**: 194-196, 1951.

24. Kendall, D. and Symonds, B.: Epileptiform attitudes, due to myxoma of R. A., British Heart Journal, **14**: 139-143, 1952.

25. Rottino, A. and Hoffman, G. T.: Hodgkins Disease with cardiac involvement, Am. Heart J., **43**: 115-120, 1952.

26. Grewin, K. E.: Polypus Cordis, Cardiologia, **20**: 40-46, 1952.

27. Maurer, E. R.: Successful removal of tumor, J. Thoracic Surgery, **23**: 479-485, 1952.

28. Block, Jr., W. J., Parker, R. L. and Edwards, J. E.: Cardiac Clinics "Myxoma" of L. O. clinically simulating mitral stenosis; report of a case and pathological studies, Proc. Staff-Meet., Mayo Clinic, **27**, 361-371, 1952.

29. Goldberg, J. P., Glenn, F., Bolter, C. T. and Steinberg, J.: Myxoma of L. A., diagnosis made during life with operative and post morten findings, Circulation, **6**: 762-767, 1952.

30. Kirkeby, K. and Lerein, P.: Myxoma; polysoid tumor of left atrium diagnosed ante mortem, Acta Med. Scandinav, **143**: 385-389, 1952.

31. Blum, J. E.: Polyps, Cardiología, **20**: 193-214, 1952.

32. Schwartz, N. W. and Loder, M.: Primary tumor, New York J. Med., **52**: 2658-2661, 1952.

33. Martin, B. F.: Clinical aspects of myxoma of left auricle, Jour. of Int. Med., **38**: 325-331, 1953.

34. Desballet, P., Wyss, J. and Mahaim, I.: Occlusine polyps of left auricle (Type II) with peripheral arterial syndrome, Acta Cardiolog, **8**: 52-63, 1953.

36. DeLoach, J. R. and Haynes, J. W.: Secondary tumors of heart and pericardium; review of subject and report of 137 cases, AMA Arch. Int. Med., **91**: 224-249, 1953.

37. Bahnson, H. T. and Newman, E. V.: Diagnosis and surgical removal of intracavitary myxoma of right atrium, Bull. Johns Hopkins Hosp., **93**: 150-163, 1953.

38. Steinberg, F., Dotter, C. T. and Glenn, F.: Myxoma; roentgen diagnosis during life in 3 cases, Diseases Chest, **31**: 509-520, 1953.

39. Kahrs, T.: Primary tumors; rhabdolysoma and rhabdomyosarcoma cardis, Acta path. et microbiol. scandinav., **33**: 151-158, 1953.

40. Joseleruch, M., Sucori, L. and Mactas, B. A.: Diagnosis of heart tumors, Prensa Med. Arg., **40**: 3530-3537, 1953.

41. Hughes, S. B. and Fazlullah, S.: Cardiac failure due to tumor of left atrium, British Heart Journal, **16**: 326-328, 1954.

42. Maronde, R. F.: Case report of two primary neoplasms (myxosarcoma and myxoma), Am. Heart J., **49**: 124-126, 1954.

43. Scannell, J. Gordon, Brewster, W. R. and Blond, Edward (M.D.): Successful removal of a myxoma from the left atrium, N. Eng. J. of Med., **20**: 187-194, 1956.

44. Prichard, R. W.: Tumors of Heart, Arch. Path., **51**:

45. Wood: Diseases of the Heart and Circulation, Textbook, 1956 Ed., pages 630-633.

46. Cooley and Sloan: Radiology of Heart and Great Vessels, 4239-4292, Texbook, 1956 Ed.

47. Yater, W.: Tumors of the Heart, Arch. of Int. Med., **67**: 91-113, 1941.

48. White, P. D.: Heart Disease, Fourth Edition, pp. 592-595.

49. Levine, Samuel A.: Clinical Heart Disease, Fifth Edition, pp. 181-183.



ORACION DEL MEDICO

Compuesta por Su Santidad El Papa Pio XII

Oh Médico divino de las almas y de los cuerpos. Redentor Jesús, que durante tu vida mortal distinguiste con tu predilección a los enfermos, sanándolos con el tacto de tu mano omnipotente; nosotros, llamados a la ardua misión de médicos, te adoramos y reconocemos en Ti a nuestro excelso modelo y sostén.

Mente, corazón y manos sean siempre guiadas por Tí, de modo que merezcan la alabanza y el honor que el Espíritu Santo atribuye a nuestro oficiio.

Acremienta en nosotros la conciencia de ser, en cierto modo, tus colaboradores en la defensa y en el desarrollo de las criaturas humanas e instrumento de tu misericordia.

Ilumina nuestras inteligencias en el áspero combate contra las innumerables enfermedades de los cuerpos a fin de que, sirviéndonos rectamente de la ciencia y de sus progresos, no se nos oculten las causas de los males ni no lleven a engaño sus síntomas antes bien, con seguro juicio, podamos indicar los remedios dispuestos por tu Providencia.

Dilata nuestros corazones con tu amor, de modo que viéndote a Ti mismo en los enfermos, especialmente en los más abandonados, respondamos con infatigable solicitud a la confianza que ponen en nosotros.

Haz que, imitando tu ejemplo, seamos paternales en combatir el dolor, suaves al anunciar los misterios del dolor y de la muerte; y, sobre todo, que con otros, sinceros en aconsejar, diligentes en curar, incapaces de engañar, seamos firmes en defender tu santa ley del respeto a la vida contra los asaltos del egoísmo y de los perversos instintos.

Como médicos que nos gloriamos de tu nombre, prometemos que nuestra actividad se moverá constantemente dentro de la observancia del orden moral y bajo el imperio de sus leyes.

Concédenos, por último, que nosotros mismos, por una cristiana conducta de vida y por el recto ejercicio de la profesión, merezcamos un día escuchar de tus labios la bendita sentencia prometida a aquellos que te visitaron como enfermo en tus hermanos: "Venid, benditos de mi Padre a poseer el reino para vosotros preparado." Así sea.

LA LINEA COMPLETA

para alimentación de nenes

Pezones de todas clases para biberones

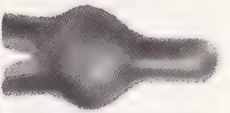
SEAMLESS

ofrece una línea completa de pezones para biberones. En todos los estilos que se requieran. Diseñados a perfección, cuentan con la aprobación médica. Pruebas de laboratorio han revelado un mínimo de deterioro después de haberse hervido en agua tres minutos, centenares de veces seguidas.

SR-50 Biberón "EVEREADY" ("Siempre Listo")—Destapónelo y está listo para alimentar al bebé. Seguro y fácil de usar.



SR-41 Tapón "Seal-Tite", de goma pura, de una pieza. Se adapta a todos los biberones corrientes.



SR-1169 Pezón "Hospital Petite" de látex virgen puro. Diseñado para dar de mamar lentamente o para nenes prematuros.



SR-1181 Pezón "Hospital Standard" de látex virgen puro, tres perforaciones y cuello de ranuras, para facilitar su colocación.





SR-40 Pezón "Twin-Grip" de una pieza, de goma pura, de punta chata, semejante al pezón natural, de tipo de ventosa que evita se aplaste. Se coloca y se saca con facilidad.

SR-45 Pezón "Ducky" de látex virgen puro, oblícuo para facilitar dar el biberón, tipo de ventosa que evita se aplaste.



Superior Calidad desde 1877

DEPARTAMENTO DE EXPORTACION

THE SEAMLESS RUBBER COMPANY

NEW HAVEN 3, CONN., E. U. A.

JOSE RAMIREZ RODRIGUEZ
Fdez. Juncos 1500 — Parada 22
Apartado 8113 — Santurce, P. R.

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

VOL. 50 NOVIEMBRE, 1958 NO. 11

ENTERED AS SECOND CLASS MATTER, JANUARY 21, 1931 AT THE POST OFFICE AT SAN JUAN, PUERTO RICO UNDER THE ACT OF AUGUST 244, 1912.

OFICINA ADMINISTRATIVA:

Edificio de la Asociación Médica de Puerto Rico, Ave. Fernández Juncos. Parada 19, Apartado de Correos 9111, Santurce, P. R.

FECHA DE PUBLICACION:

Día último de cada mes.

TRABAJOS ORIGINALES:

Los trabajos originales deben ser enviados al presidente de la Junta Editora, Apartado de Correos 9111, Santurce, P. R., o entregarse directamente en la Secretaría de la Asociación Médica, Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce. P. R.

Los originales deben venir escritos a máquina, a doble espacio.

No se devuelven originales. Los autores son responsables de las opiniones que emitan en sus artículos. Ningún artículo publicado en el Boletín podrá ser reproducido sin la previa autorización escrita del Presidente de la Junta Editora.

CITAS BIBLIOGRAFICAS:

Las citas bibliográficas deberán mencionar, en el siguiente orden de sucesión: apellido del autor; iniciales de sus nombres; título del trabajo; título del periódico (abreviado); volumen, página y año. Las citas llevarán un número de acuerdo a su orden de presentación en el texto y correspondiente a la numeración colocada al final.

Ejemplo: 1. Koppisch, E.: Pathology of Arteriosclerosis, Bol. Asoc. Med. de P. R., **46**: 505, (Noviembre) 1954.

ILUSTRACIONES:

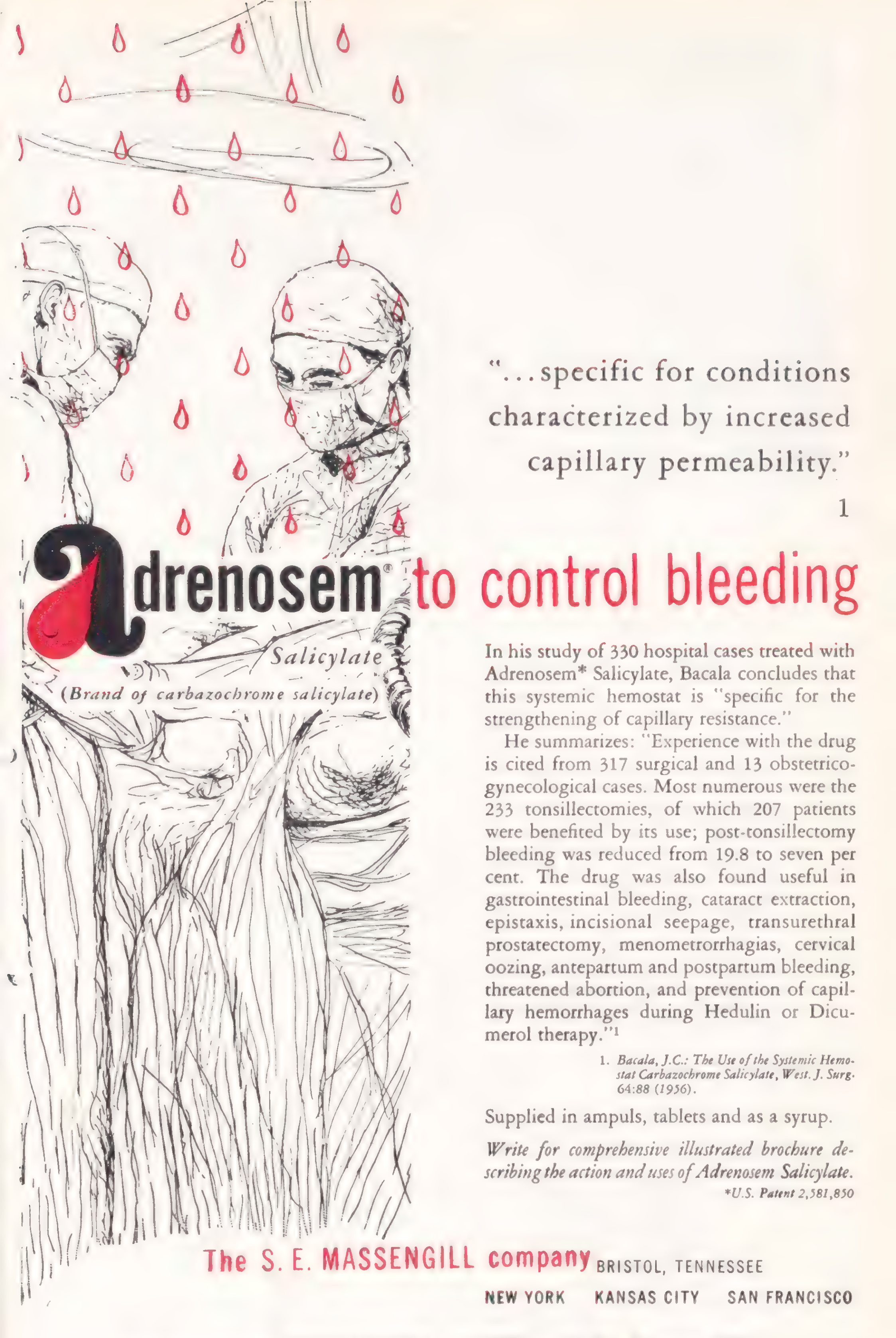
Las fotografías que acompañen el artículo deberán estar bien presentadas. Los dibujos y esquemas deberán estar hechos en tinta negra sobre papel blanco. Todas las ilustraciones deberán estar numeradas y se deberá indicar la parte superior de las mismas. Cada ilustración deberá venir acompañada de la leyenda correspondiente.

ANUNCIOS Y SUSCRIPCIONES:

Información en relación con anuncios y suscripciones será suministrada a solicitud en la Secretaría de la Asociación. Todo material de anuncio está sujeto a la aprobación de la Junta Editora.

SUSCRIPCION:

$5.00 al año.


"...specific for conditions characterized by increased capillary permeability."
1
Adrenosem® to control bleeding
Salicylate
(Brand of carbazochrome salicylate)
In his study of 330 hospital cases treated with Adrenosem* Salicylate, Bacala concludes that this systemic hemostat is "specific for the strengthening of capillary resistance."
He summarizes: "Experience with the drug is cited from 317 surgical and 13 obstetrico-gynecological cases. Most numerous were the 233 tonsillectomies, of which 207 patients were benefited by its use; post-tonsillectomy bleeding was reduced from 19.8 to seven per cent. The drug was also found useful in gastrointestinal bleeding, cataract extraction, epistaxis, incisional seepage, transurethral prostatectomy, menometrorrhagias, cervical oozing, antepartum and postpartum bleeding, threatened abortion, and prevention of capillary hemorrhages during Hedulin or Dicumerol therapy."[1]
1. Bacala, J.C.: The Use of the Systemic Hemostat Carbazochrome Salicylate, West. J. Surg. 64:88 (1956).
Supplied in ampuls, tablets and as a syrup.
Write for comprehensive illustrated brochure describing the action and uses of Adrenosem Salicylate.
*U.S. Patent 2,581,850
The S. E. MASSENGILL company BRISTOL, TENNESSEE
NEW YORK KANSAS CITY SAN FRANCISCO

"Un poquito más de KLIM... por favor, Mami"





Al recetar leche para los bebés, el médico puede estar seguro que KLIM es la *mejor* leche . . . la mejor, porque . . .

NINGUNA OTRA LECHE COMBINA TANTAS E IMPORTANTES VENTAJAS para la alimentación infantil. Por ejemplo, la leche KLIM es . . .

Superior en Calidad—Unicamente se usa leche de la mejor calidad en la elaboración de KLIM.

Pura y Segura*—Cuando Ud. recomienda KLIM puede tener la más absoluta confianza de que es siempre una leche pura y bacteriológicamente segura.

Uniforme*—KLIM es completamente uniforme tanto en la cantidad como en la proporción de sus elementos nutritivos. No hay riesgo de trastornos digestivos debido a las variaciones en la alimentación.

***La pureza, seguridad y uniformidad de KLIM están garantizadas por el estricto Sistema Borden de Control de Calidad.**

Fácil de Digerir—La leche KLIM es más fácil de digerir porque las partículas de proteína y grasa son más pequeñas . . . el coágulo de proteína es más blando.

Flexible—KLIM permite que la cantidad y tipo de carbohidrato añadido a las fórmulas puedan cambiarse, de acuerdo con las necesidades individuales del bebé.

Fortificada con Vitamina D—KLIM contiene una cantidad suficiente de Vitamina D para proporcionar óptimo crecimiento, así como también para evitar el raquitismo y para ayudar a desarrollar huesos y dientes fuertes y sanos.

Como Ud. puede ver en esta lista compendiada, la leche KLIM combina muchas e importantes ventajas para la alimentación infantil. Por esta razón los médicos en todas partes están de acuerdo en que . . . KLIM es la mejor leche para el bebé.

KLIM
POWDERED WHOLE MILK
LECHE EN POLVO



THE BORDEN
FOOD PRODUCTS COMPANY
Division of The Borden Company
350 Madison Avenue
New York 17, N. Y., E.U.A.

72H

Distribuidores para Puerto Rico:
PLAZA PROVISION COMPANY, Fortaleza 104, San Juan, P. R.

DOBLEMENTE RICO*!

*Rico en **SABOR!**

*Rico en **VITAMINAS!**

JUGO DE TOMATE LIBBY'S

DELICIOSO!

NUTRITIVO!

SALUDABLE!

Si quiere lo mejor pida la marca Libby's

Libby's

TOMATO JUICE



NUEVA **Terramicina***

MARCA DE LA OXITETRACICLINA

GOTAS PEDIATRICAS *premezcladas*

en fórmula especial para niños

y su aliado

JARABE *premezclado*

preferida universalmente por los enfermos pediátricos y geriátricos

Ambos preparados tienen un atractivo sabor a cereza silvestre

No hay rebeldías en el momento de tomar la medicina

Ambos están listos para ser administrados, sin reconstitución. No se pierde tiempo en su preparación

Ambos son estables durante dos años a la temperatura ambiente, aun después de abrir el frasco. Se conserva la alta potencia y la dosificación es siempre exacta.

Ambos contienen Terramicina, el antibiótico de amplio espectro antibacteriano más ensayado y mejor comprobado, en la forma que mejor sabor tiene.

GOTAS, con 100 mg. por cc., en frascos-ampollas de 10cc. con cuentagotas calibrado a 25 mg. y 50 mg.

JARABE, en frascos de 60 cc., con 125 mg. por cucharadita de 5 cc.

TERRAMICINA



PIEDRA ANGULAR DE LA CLINICA

Pfizer *El Mayor Productor de Antibióticos del Mundo*

PREPARADOS VITAMINICO-MINERALES - HORMONAS

* Marca de fábrica de Chas. Pfizer & Co. Inc.
AX 4080 JA 2



100 No. 480
CAPSULES
100 MG.
100 No. 477
CAPSULES
50 MG.
EXP. DATE
June 1955
See back label.
CAPSULES
CHLOROMYCETIN
50 MG.
25 No. 450
CAPSULES
CHLOROMYCETIN
CHLORAMPHENICOL
100 MG.
CAUTION—Federal law prohibits dispensing without prescription
Stock No. 6-480-25
PARKE, DAVIS & CO.
100 No. 379
KAPSEALS
CHLOROMYCETIN
CHLORAMPHENICOL
250 MG.
that adequate blood studies be made.
PARKE, DAVIS & CO.
DETROIT, MICH., U.S.A.
16 No. 379
KAPSEALS
CHLOROMYCETIN
CHLORAMPHENICOL
250 MG.
CAUTION—Federal law prohibits dispensing without prescription.
Stock No. 15-379-116
PARKE, DAVIS & CO.
DETROIT, MICH., U.S.A.

BOLETIN

DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

VOL. 50 NOVIEMBRE, 1958 No. 11

INFORME DEL PRESIDENTE DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO — AÑO 1958

Señor Presidente de la Cámara de Delegados:
Señores Delegados:
Señores Presidentes de Comités:

Ha sido este año uno de gran trascendencia en la labor colectiva de nuestra querida Asociación. Hay opimos frutos que se han recogido ya y otros que se maduran para merecida cosecha en años venideros. Para que esa vendimia en ciernes no se malogre, se impone el sacrificio y la contribución generosa de todos nuestros médicos asociados, aumentando cada vez más esa conciencia colectiva y participando activamente y con alto sentido de responsabilidad en todos aquellos asuntos que atañen al noble ejercicio de esta profesión.

Alberga vuestro presidente emociones diversas al rendir este informe de la labor realizada por nuestra Asociación Médica durante el año 1958. En primer término me embarga el sentimiento de gratitud inolvidable hacia ustedes, que depositaron en mi vuestra confianza al elegirme para éste, el cargo más honroso de mi vida. Con palabras de aliento y de respaldo me habéis animado en esta árdua tarea y con acción individual y colectiva habéis hecho posible la labor que se ha realizado.

En segundo lugar, siento el agridulce estado de ánimo que produce de un lado la conciencia de haber realizado lo que uno creyó honestamente como el mejor esfuerzo de que fué capaz, y de otro, el convencimiento de que los logros debían y podían haber sido mayores.

En tercer término, una añoranza por los días de lucha intensa, repletos de recuerdos vívidos de queridos y leales compañeros laborando con desinteresada dedicación, mezclada a la tristeza de no tener ya el privilegio de ser el timonel que guía la nave y su noble tripulación. Esta añoranza y esta tristeza se templan y se diluyen con la anticipación de paz y tranquilidad que embarga al que llega al final de la ruta con la conciencia del deber cumplido.

Y por último, y con fuerza avasalladora, me fortalece el ánimo, la convicción profunda de que nuestros médicos han despertado y se mantendrán cada vez más unidos en su empeño de ejercer el arte y la ciencia de la medicina dentro de los principios éticos más puros, de suerte que nuestros pacientes reciban el mejor servicio que nos sea posible brindarles. Está en marcha nuestro médico y nada ni nadie podrá desviarlo del sendero recto que se ha trazado. Sabe que es el llamado a ofrecer soluciones al problema de los servicios médicos; con sacrificios personales cuando sea necesario; con el convencimiento de que para poder brindar la atención médica que merece nuestro pueblo, tiene él que sentar las pautas y asumir la iniciativa, demostrando la manera eficiente y ética de hacerlo; dándole un mentís a los demagogos que propagandicen sistemas reñidos con los sanos principios democráticos y de libre empresa, o sistemas que atenten contra los sanos principios actuariales y éticos que deben gobernar los planes voluntarios de seguro médico prepagado.

Esbozaré ahora a grandes rasgos la actividad que ha desplegado nuestra Asociación Médica y los objetivos que se han logrado durante este año. Aprovecharé para comentar algunos de los problemas más importantes y sugerir normas futuras de acción, a la luz de lo mucho que queda todavía por hacer.

Legislación Médica

Este año hubo actividad inusitada en esta importantísima esfera de acción. Vuestra Junta de Directores y los comité de Legislación, Planes de Seguros Médicos Voluntarios y Servicios Médicos tuvieron una árdua tarea debido a los numerosos proyectos sobre asuntos médicos que fueron considerados por las Cámaras Legislativas. Quiero hacer constar en este informe nuestro agradecimiento a las honorables Comisiones de Salud y Beneficencia de la Cámara y el Senado que bajo la hábil presidencia del doctor Pablo Morales Otero y el licenciado Francisco Anselmi, respectivamente, nos mantuvieron informados del movimiento legislativo en relación a los proyectos de carácter médico y solicitaron y obtuvieron nuestros puntos de vista tanto por escrito como a través de audiencias y vistas públicas.

Deseo recalcar el espíritu de civismo que ha animado a vuestra Junta de Directores en sus relaciones con los honorables legisladores y la cordialidad con que siempre fuímos recibidos. En todo momento palpamos un interés extraordinario de parte de ellos en relación a los problemas de salud que afectan nuestro pueblo, así como un genuino deseo de conocer nuestras opiniones en cuanto al rendimiento de servicios médicos. Hemos sido testigos de la

intensa labor de nuestros legisladores, y de la extraordinaria responsabilidad que pesa sobre sus hombros. Lo menos que podemos hacer es estar en todo momento dispuestos a acudir a presentar nuestros puntos de vista y la evidencia de que dispongamos, de suerte que ellos puedan contar con la información adecuada que les permitirá arribar a decisiones que redunden en los mejores servicios médicos para nuestro pueblo.

Poco después de inaugurar mis trabajos en la presidencia, me dirigí a los señores legisladores en los siguientes términos:

> "A nombre de la Asociación Médica de Puerto Rico deseo a Ud. un venturoso y fructífero Año Nuevo, así como todo éxito en sus gestiones legislativas en la venidera sesión de nuestras Cámaras, para bien de la querida gente de nuestro pueblo.
>
> Aprovecho la oportunidad para ponerme incondicionalmente a su disposición para todo aquello en que, a la medida de nuestros esfuerzos, podamos serle de utilidad a usted en la plasmación de una cada vez mejor salud mental y física, individual y colectivamente, para nuestro país.
>
> La Asociación Médica de Puerto Rico tiene y tendrá vital interés en los movimientos cívicos y sociales de nuestro pueblo y creemos firme y honestamente que para ser cada vez mejor médico, hay que ser cada vez mejor ciudadano, con alto sentido de altruísmo, y de sacrificio personal si así fuere necesario."
>
> Muy cordialmente suyo,

Un crecido número de legisladores acusaron recibo de esta carta y se manifestaron muy en simpatía con los conceptos expresados por la Asociación Médica de Puerto Rico.

El 21 de enero, previo acuerdo con los honorables Presidentes de ambas Cámaras Legislativas, brindamos en nuestra Casa Médica un cordial y sincero homenaje a nuestros legisladores. El acto fué muy concurrido. Un considerable número de nuestros dirigentes tuvo la oportunidad de llevar a cabo un productivo cambio de impresiones con nuestros hombres y mujeres de gobierno.

Similar invitación cursamos a la Asociación de Alcaldes de Puerto Rico, en ocasión de extenderle al Sr. Cabranes nuestra felicitación por su elección a la presidencia de esa Asociación:

> "A nombre de la Asociación Médica de Puerto Rico y en el mío propio quiero extenderle nuestra más sincera felicitación por su merecida exaltación una vez más a la presidencia de la Asociación de Alcaldes de Puerto Rico. Su decisión de aceptar nuevamente esa honrosa designación y su gran interés por lidiar en todo aquello que redunde en beneficio de nuestro querido pueblo, son dignos ejemplos del espíritu que debe animar a todos nuestros funcionarios públicos.
>
> La Asociación Médica de Puerto Rico está cada vez más consciente de la inmensa labor de nuestros alcaldes, muchas veces llevada a cabo dentro de un marco de grandes limitaciones y con un alto espíritu de sacrificio personal. Nuestro deseo de testimoniar nuestra admira-

ción por ustedes, se plasma en el ofrecimiento de un humilde agasajo que pensamos celebrar en nuestra Casa Médica en homenaje a todos los señores alcaldes. Recabo de usted su cooperación para que dicha actividad sea un éxito y le ruego me notifique de una fecha que usted crea favorable para celebrar la misma."

Muy cordialmente suyo,

Agradeció él con sentidas frases nuestra carta, y nos manifestó lo siguiente:

"Como Presidente de la Asociación de Alcaldes de Puerto Rico observo con satisfacción y regocijo que llega el momento en que los médicos de Puerto Rico, ambos cuerpos servidores públicos entregados a calmar el dolor del pueblo, caminan paralelamente e inspirados en el mismo propósito de servir al pueblo."

Desafortunadamente no encontramos fecha propicia para celebrar este segundo homenaje durante este año. Recomienda esta presidencia que continuemos en contacto con estos dedicados dirigentes públicos y que se considere tenerlos en nuestra casa médica en un futuro cercano para cambiar de impresiones y laborar en común para la solución de los serios problemas de salud en nuestras municipalidades.

1. Resolución Conjunta del Senado 774, de julio de 1957

Al percatarnos de que había entrado en vigor este proyecto que autoriza el establecimiento de una sala de emergencia en el Capitolio estadual, esta presidencia se dirigió a los presidentes de ambas Cámaras para desinteresadamente cooperar, si así ellos lo estimaban conveniente, en la habilitación y planificación de dicha sala. Dijimos estar dispuestos a cubrir las necesidades médicas de ese servicio, como contribución cívica de la clase médica a la protección de la salud de nuestros legisladores. A petición del Comité conjunto que se entiende con este asunto hemos sometido ya oficialmente nuestras recomendaciones con fecha del 12 de abril y más recientemente, el 12 de septiembre y 16 de octubre, dirigidas al doctor Pablo Morales Otero.

2. Anteproyectos del Contralor

Con fecha 16 de octubre de 1957 la Oficina del Contralor de Puerto Rico sometió tres anteproyectos de ley ante la Comisión Conjunta sobre Informes Especiales del Contralor. Iban encaminados estos anteproyectos a autorizar servicios de hospital y de asistencia médica a pacientes pudientes en los hospitales públicos y centros de salud públicos. Se decía en la declaración de motivos:

"En una mayoría de los pueblos de la Isla no existen hospitales privados dedicados a la hospitalización de pacientes pudientes, quedando obligado un sector crecido de la comunidad a buscar facilidades de hospital en pueblos distantes, en algunas ocasiones con perjuicio a la salud y mediante un pesado sacrificio económico. La necesidad pública que esta situación representa, puede aminorarse en aquellos municipios donde hay hospitales públicos con facilidades en exceso de las necesarias para atender a los pacientes indigentes, pudiéndose utilizar partes de estas facilidades para la atención de pacientes pudientes."

Nuestra Asociación se opuso vigorosamente a estos anteproyectos, compareciendo a vistas públicas ante la Comisión Conjunta, y radicando también un memorandum, del cual citamos los siguientes párrafos:

"...el desarrollo de facilidades médicas y hospitalarias en los municipios y en el gobierno estatal ha tenido efecto al estímulo de la creciente demanda de asistencia médico-quirúrgica para las clases necesitadas de nuestro país.

"La honorable Legislatura y las asambleas municipales han propiciado la creación de esas facilidades a virtud de legislación pertinente a través de los años. Estas facilidades para los indigentes responden a una filosofía clara de gobierno, en que el Estado, al servicio del pueblo, asume la iniciativa y la responsabilidad de proveer para las necesidades básicas de salud de aquel sector de la población que económicamente no puede afrontar en ninguna forma el gasto de mantener o recobrar la salud.

"Es basándonos en ese principio fundamental que presentamos una firme oposición al proyecto cardinal de los tres que somete la Oficina del Contralor, que lo es el número uno."

Nos preguntábamos cuáles serían esas municipalidades "donde hay hospitales públicos con facilidades en exceso de las necesarias para atender a los pacientes indigentes."

Y continuábamos diciendo: "Si analizamos las estadísticas oficiales del Negociado de Censo y Construcción de Hospitales del Departamento de Salud, vemos que en toda la Isla solamente hay 3,183 camas aceptables y 1,003 no aceptables en las facilidades de hospitales generales de los gobiernos municipales y estatales. Esto arroja un déficit de unas 5,000 camas de hospital general y nos deja, a pesar de los logros del gobierno, con un índice de 2.3 camas por cada 1,000 habitantes indigentes. Esta cifra está muy por debajo de la mínima aceptable de 4.5 camas por cada 1,000 habitantes."

Decíamos luego, refiriéndonos al estudio del Negociado de Estadísticas del Departamento del Trabajo:

"Si usamos las estadísticas poblacionales, podemos decirlo en otra forma: de una población civil total de 2,256,000 habitantes, el 80% es

todavía médicamente indigente en nuestro país, o sea un total de 1,804,800; esto, a pesar del extraordinario progreso en todos los órdenes de vida. Citando el mensaje de nuestro honorable Gobernador a la Asamblea Legislativa, el 7 de marzo de 1956: Si se evalúa el estado actual del país, comparándolo con el pasado, bastarán algunos datos comparativos para calificarlo de excelente. Si se juzga por lo que esperamos que sea el porvenir, estamos aún más lejos de lo que nos proponemos."

Terminábamos nuestra exposición con lo siguiente: "No vemos cómo, en justicia, se pueden destinar camas necesarias para atender pacientes que no cuentan con recursos para sufragar sus necesidades médicas, para las necesidades de pacientes pudientes."

"Creemos que un proyecto basado en esa idea no puede ni debe tener ambiente en un gobierno que justamente se enorgullece de los grandes logros de su obra social. Tampoco puede ser visto con beneplácito por ese pueblo puertorriqueño que necesita de nuestros mejores esfuerzos para obtener lo mejor que la medicina moderna pueda brindarle.

"Esa población pobre, pero digna, no sabría explicarse cómo su gobierno, que tanto ha hecho por ella, le quita facilidades, que de por sí no son suficientes. ¿Cómo justificar ante estos humildes compatriotas las largas y penosas listas de espera que hay en muchos de nuestros hospitales, si se utilizan camas del gobierno para hospitalizar pacientes pudientes?"

Sostuvimos nuestros puntos de vista en debates con el Contralor ante la Asociación de Alcaldes de Puerto Rico. Estos comprendieron la lógica de nuestra argumentación y se pronunciaron en contra de los anteproyectos. Atacamos éstos repetidamente en foros públicos ante la Asociación de Salud Pública y luego ante la Asociación de Administradores de Hospitales, nuevamente debatiendo con nuestro distinguido amigo el señor Rafael Cordero, Contralor de Puerto Rico.

La prensa, la opinión pública y los alcaldes se hicieron eco del clamor que había levantado la Asociación Médica.

El Secretario de Salud, en cauteloso y diplomático compás de espera se expresó diciendo: "A base de la información disponible nos es imposible formarnos una opinión sobre la conveniencia de la utilización de las facilidades en hospitales del gobierno para pacientes pudientes."

Añadía el honorable Secretario de Salud en su informe sobre los anteproyectos: "La honorable Legislatura el año pasado aprobó una resolución conjunta ordenando se planificara un estudio para obtener la información necesaria que ayude a formular normas sobre éste y otros asuntos en relación con los servicios médico-hospitalarios en Puerto Rico. Miembros de la Facultad de la Escuela de Salud Pública y Medicina Administrativa de la Univer-

sidad de Columbia conjuntamente con miembros del personal del Departamento de Salud están terminando este plan que será sometido a la Legislatura probablemente durante la próxima sesión legislativa. El estudio se considera se extenderá hasta fines de 1959. Me permito sugerir se espere hasta entonces para tomar acción sobre este asunto."

Este último planteamiento deja convenientemente abierta la posibilidad de futuros anteproyectos similares.

El Secretario de Salud finalizó su informe con el siguiente párrafo:

> "Me permito también traer ante vuestra atención los servicios médicos hospitalarios a pacientes pudientes y pacientes pudientes asegurados que se hospitalizan en hospitales del gobierno como emergencias. En estos casos me parece justo y razonable que se cobre por los gastos en que incurre el hospital en atenderlos y sugiero se considere acción a este respecto."

Los anteproyectos no prosperaron. Se amputó a tiempo una de las cabezas de la hidra. ¿Renacerá esa cabeza cuando se considere propicia la ocasión?

3. Proyecto de la Cámara 372

Este fué radicado el 7 de febrero de 1958, a tono con la recomendación arriba mencionada, y con el propósito de "autorizar y ordenar a los hospitales operados por los gobiernos municipales y el gobierno estatal a cobrar por servicios de hospitalización y servicios médico-quirúrgicos prestados en casos de emergencia a personas solventes, de acuerdo con la tarifas que establezca el Secretario de Salud."

El 18 de febrero expresamos nuestra oposición a ese proyecto en la siguiente carta:

> "Estimado Dr. Morales Otero:
>
> Después de un detenido estudio del P. de la C. Núm. 372, que Ud. tuvo la gentileza de referirnos, deseamos hacer constar nuestra más firme oposición al mismo, por las siguientes razones.
>
> 1ro. Es de conocimiento general que las facilidades hospitalarias que tiene el gobierno para la clase indigente de Purto Rico son totalmente insuficientes. Un proyecto de esta naturaleza fomentaría el aumento en el número de pacientes solventes que recurrirían, por una razón u otra, amparados bajo el término "emergencia", a los hospitales del gobierno. De esta manera se harían aún más insuficientes de lo que ya son, los servicios hospitalarios para los médicamente indigentes.
>
> 2do. El espíritu de este proyecto, tal como ha sido redactado, no es el rendir un servicio adicional al pueblo de Puerto Rico, sino cobrar por un servicio que tradicionalmente y en justa ley se le ha estado prestando. El servicio de emergencia de por sí es uno que los hospitales gu-

bernamentales deben rendir al ciudadano sin exigir remuneración, irrespectivo de su condición económica, raza, credo o filiación política.

3ro. No se puede justificar la necesidad de un proyecto de esta índole sin un estudio estadístico de los ingresos que dichos casos de emergencia de pacientes pudientes le pudieran proporcionar al erario público. Creemos que el número de las verdaderas emergencias en pacientes solventes que se atienden en las facilidades hospitalarias del gobierno es tan exiguo que el total de ingresos a derivarse de los mismos no es razón suficiente para que se impulse legislación de esta naturaleza.

4to. Deseamos hacer énfasis en que ningún hospital puede ni debe cobrar por los servicios médico-quirúrgicos. Estos servicios solamente los puede rendir y cobrar una persona que posea un título de Doctor en Medicina debidamente convalidado. Este principio, basado en los cánones de Etica de la profesión médica, debe mantenerse.

Como hay muchos detalles relacionados con este tipo de legislación que por motivos de tiempo no podemos incluir en esta comunicación, solicitamos respetuosamente se nos conceda la oportunidad de comparecer a vistas públicas para discutir más a fondo nuestra oposición a este proyecto."

Cordialmente,

No se celebraron las vistas públicas y no se tomó acción definitiva sobre el mismo, pero el proyecto fué informado favorablemente por la Hon. Comisión de Salud y Beneficencia de la Cámara y enviado al Comité de Reglas y Calendario de la Cámara. Se tomaron en cuenta algunas de nuestras objeciones, puesto que en el informe de la Comisión aparece el proyecto limitado a las emergencias de índole traumática y queda establecido que solo podría cobrarse por los servicios hospitalarios. Tenemos entendido que es la intención legislativa posponer la consideración del proyecto hasta tanto no se haya rendido el informe Trussell sobre los servicios médicos y hospitalarios. Tenemos que permanecer vigilantes para comparecer a exponer nuestras objeciones cuando venga a consideración nuevamente este proyecto.

4. Proyecto de la Cámara 416 y Proyecto del Senado 328.

Estos fueron proyectos idénticos presentados el 27 de febrero y el 5 de marzo, respectivamente, auspiciados por el Secretario de Salud, y encaminados a eliminar la tristemente célebre ley especial para la contratación de médicos, la número 383 del 22 de abril de 1956.

Tanto la Asociación Médica de Puerto Rico como el Tribunal Examinador de Médicos expresaron su oposición al Artículo 3 de los proyectos, que decía como sigue:

"Todo médico que ejerza en Puerto Rico el 30 de junio de 1958 en virtud de las disposiciones de la Ley Núm. 383 de 1946, que tome y apruebe el examen regular ofrecido por el Tribunal, tendrá derecho a

que el Tribunal le otorgue licencia regular para la práctica de la medicina en Puerto Rico sin tomar en consideración la ciudadanía del médico."

Se cursaron las siguientes cartas al doctor Pablo Morales Otero, presidente de la Comisión de Salud y Beneficencia de la Cámara:

"Mi estimado amigo:

Quiero expresar, a nombre de la Asociación Médica de Puerto Rico, nuestro profundo reconocimiento por su gentileza al referirnos para nuestra consideración el P. de la C. 416.

El artículo 3 de este proyecto plantea un asunto de tan trascendental importancia, que creemos debe ser discutido bien a fondo, cosa que es impracticable hacer así a través de una comunicación de esta naturaleza. Es por este motivo que respetuosamente solicitamos se celebren vistas públicas ante esa honorable Comisión. Estaremos muy ansiosos de comparecer a esas vistas representando a la Asociación Médica de Puerto Rico. Creemos que los médicos originalmente acogidos a la Ley 383 y que ya han obtenido su ciudadanía, lograda tras encomiables esfuerzos, estarán a su vez muy interesados en expresar su opinión.

Nuestra oposición al contenido de ese artículo 3 es firme y decidida y consistente con los puntos de vista que hemos expresado en años anteriores en relación al problema de los médicos extranjeros acogidos a la Ley 383.

A continuación resumimos los argumentos principales en los cuales basamos nuestra oposición.

1—¿Por qué ha de eximirse del requisito de ciudadanía a un número reducido de médicos, cuando ya ese requisito se le ha exigido y ha sido debidamente cumplimentado por la gran mayoría de los médicos pertenecientes a ese grupo? (De 246 médicos extranjeros que se acogieron a la Ley 383, ya 180 de ellos tomaron licencia permanente, habiendo cumplido *todos* los requisitos de ley. De hecho, un número considerable del remanente, está ya en trámites de obtener su ciudadanía también).

2—Si todos ellos están interesados en continuar ejerciendo en Puerto Rico, ¿por qué 180 de ellos han querido y podido cumplir con *todos* los requisitos de nuestra Ley de la práctica médica, mientras que dentro del grupo que resta hay algunos que no quieren o no pueden cumplir con el requisito de la ciudadanía?

3—No hay nada personal en nuestra actitud vigilante para que todos los médicos de este grupo tengan que cumplir con los requisitos de Ley. Prueba de nuestra actitud liberal hacia ellos y de nuestro deseo de que se resuelvan esos problemas al tiempo que se identifiquen plenamente como pertenecientes a nuestra clase médica, es el hecho de que la Asociación Médica de Puerto Rico ha enmendado sus requisitos de ingreso para que estos compañeros que originalmente funcionaban bajo la Ley 383 puedan ingresar, después de obtener su licencia permanente, en nuestra Asociación.

4—Si bien es cierto que los exámenes de reválida aquilatan eficazmente los conocimientos profesionales del candidato también es cierto que el requisito de la ciudadanía para el médico extranjero nos garan-

tiza con relativa seguridad la fibra moral y la actitud cívica y social que deben ser complemento indispensable de la preparación profesional de aquel que tendrá en sus manos la salud del pueblo.

5—Aún cuando el artículo 6 del P. de la C. 416 establece que "ninguna disposición o parte de esta Ley habrá de entenderse o interpretarse en el sentido de que anula, enmienda o en forma alguna altera las disposiciones o partes de la Ley del Ejercicio de la Profesión Médica", el artículo 3 del P. de la C. 416 establece ya un precedente de privilegio que puede en el mañana invocarse para que otros grupos no tengan que satisfacer el requisito de ciudadanía.

6—Al no exigírsele el requisito de ciudadanía a este grupo de médicos se les releva en efecto de una serie de deberes para con su patria adoptiva, entre ellos el deber de la defensa de la patria si así fuera necesario. Se les priva además del derecho fundamental del voto y del de ejercer un cargo público. Estos son puntos de singular importancia. si se tiene en consideración el creciente interés del médico en participar en el desarrollo político y social de la comunidad puertorriqueña.

Hay otros aspectos importantes de este problema, sobre los cuales esperamos poder elaborar si se nos concede la oportunidad de comparecer ante ustedes más adelante."

Cordialmente suyo,

"Estimado Dr. Morales Otero:

Acusamos recibo de su carta del 4 de marzo acompañada de copia del P. de la C. 416 en la cual solicita la opinión del Tribunal sobre el contenido de dicho proyecto.

En reunión especial celebrada hoy, 11 de marzo, se estudió dicha medida por el Tribunal y se decidió hacer las siguientes recomendaciones:

Este Tribunal considera que el requisito de la ciudadanía se debe mantener tal como lo estipula la Ley 22 de 1931, según ha sido enmendada, en todos los casos sin excepción alguna. De hecho los autores del P. de la C. 416 aceptan tal requisito como lo suficientemente importante para que se mantenga, ya que se dispone en el Artículo 6 que "ninguna disposición o parte de esta ley habrá de entenderse o interpretarse en el sentido de que anula, enmienda o en forma alguna altera las disposiciones o partes de la ley del ejercicio de la profesión médica."

Es decir, que el requisito de ciudadanía no será aplicable a un grupo de médicos (de hecho una pequeña minoría) pero sí seguirá siéndolo, para todos los otros médicos. Nuestros archivos demuestran que amparándose en las leyes especiales que se aprobaron durante un estado de emergencia, un total de 246 médicos obtuvieron licencias especiales. Ciento ochenta (180) de estos médicos, por su propia iniciativa y en todos los casos teniendo primero que haber demostrado ser ciudadanos americanos, han tomado ya los exámenes regulares, lo cual significa que sólo quedan 66 médicos con licencias especiales.

Es muy probable que de estos 66 médicos haya una fracción substancial que ha obtenido o está en vías de obtener la ciudadanía. Luego entonces, nos parece, es injusto no exigirle al grupo menor este requisito, cuando tanto sacrificio y trabajo le ha costado satisfacérle al grupo mayor.

Lo que arriba hemos expuesto, a nuestro entender, hace del P. de la C. 416 un proyecto de Ley de privilegios.

Este Tribunal, al conceder licencias para la práctica de la medicina en Puerto Rico tiene que no solo cerciorarse de los conocimientos científicos del individuo, sino de que también sea éste un buen ciudadano. Una de las maneras más confiables que tenemos a nuestra disposición para asegurarnos de la integridad del solicitante es que haya cumplido a cabalidad los estrictos requisitos de ciudadanía.

Queremos apuntar lo que nos parece ser un error de redacción. En la página 3 línea 20 y 21 el término "licencia regular" deberá leer "licencia permanente" de acuerdo con las definiciones expuestas en el artículo primero, inciso "F".

En resumen nos parece que el proyecto, exceptuando la disposición en cuanto a la ciudadanía es bueno, ya que se le da oportunidad amplia a los médicos que en el presente tienen licencias especiales para tomar los exámenes regulares hasta el 1960 y luego de no aprobarlo, se les permite cursar estudios postgraduados para más tarde volver a examinarse.

Creemos que este proyecto es de tal importancia que sería conveniente que se celebren vistas públicas para poder dársele oportunidad de ser oídas a las partes afectadas.

En lo que a este Tribunal respecta, creemos sería conveniente se nos diera oportunidad de ser oídos por el Comité que usted preside para abundar con otros argumentos más de los ya expuestos anteriormente.

Agradecemos la oportunidad que nos ha brindado para estudiar y expresar nuestra opinión sobre la medida propuesta.

Cordialmente suyo,

Tribunal Examinador

Fuímos citados para comparecer ante la Comisión de Salud y Beneficencia del Senado el 26 de marzo, pero no así el Tribunal Examinador de Médicos. Por circunstancias inevitables no pudimos asistir ese día, por lo que respetuosamente solicitamos del honorable Senador Anselmi que pospusiera la fecha de la vista, o que se nos diera una oportunidad de comparecer en cualquiera otra ocasión a exponer personalmente nuestros puntos de vista. Esto aparentemente no fué posible. El subsecretario de Salud compareció ante la Comisión del Senado, expresando que su Departamento "no tenía oposición a que un médico que cualifique pueda tomar sus exámenes sin la ciudadanía y que reciba su licencia permanente si pasa los exámenes".

El P. de la C. 416 permaneció bajo estudio en la Comisión de la Cámara. El P. del S. 328 pasó a la consideración del Senado, donde fué aprobado y enviado a la Cámara. Allí fué originalmente derrotado, pero luego reconsiderado y aprobado. Se convirtió en ley al ser firmado algunas semanas más tarde por el honorable Gobernador, acabando permanentemente con la difícil situación que había creado la Ley 383. Es nuestra esperanza que aquellos compañeros que al amparo de la Ley 328 obtengan su licencia perma-

nente aspiren cuanto antes a disfrutar de la honrosa ciudadanía de los Estados Unidos de América.

5—Proyecto de la Cámara 380

Este fué radicado el 13 de febrero a petición del Secretario de Salud, para enmendar la Ley número 54 del 14 de junio de 1957, creando el Centro Médico de Puerto Rico, y como proyecto de administración.

El 19 de febrero el presidente de la Comisión de Salud y Beneficencia de la Cámara nos pidió un memorandum que contuviese nuestra opinión sobre ese proyecto. Explicamos nuestras ideas a través de la siguiente carta, pero no fuímos convocados a vista pública:

Mi estimado amigo:

La Asociación Médica de Puerto Rico agradece muy de veras la oportunidad que usted nos ha brindado de opinar sobre el P. de la C. #380 que enmienda los artículos 1 y 3 de la Ley 54 del 14 de junio de 1957.

Queremos hacer constar que la Asociación Médica de Puerto Rico respalda la creación de un Centro Médico en el área metropolitana ya que compartimos en todas sus fases las opiniones ya vertidas de que este Centro permitirá una mayor coordinación y eficiencia en la prestación de servicios médicos a pacientes indigentes en el área metropolitana. Este es un proyecto de gran envergadura y requiere una atención detallada a la planificación de todos los planes estructurales y funcionales del mismo, antes de que se proceda a llevar a cabo ninguna parte del desarrollo del proyecto.

Por esta última razón es que pasamos ahora a objetar a que en el Artículo 3 se autorice de antemano a la contratación de servicios profesionales y de consulta para el "*desarrollo total del proyecto*" cuando todavía no se ha hecho un planteamiento global ni ante la Legislatura ni ante el país ni ante las instituciones y asociaciones que deben estar en todo momento interesados en este problema, de los detalles finales de cómo se ha decidido planificar y organizar el Centro Médico.

Siguiendo esta misma línea de pensamiento, tenemos que objetar al Inciso (c) del mismo artículo donde se pretende autorizar a la Junta Provisional del Centro Médico "*a llevar a cabo las construcciones de carácter general o que sirvan para alojar servicios necesarios al funcionamiento de dos o más agencias participantes*". Insistimos en que es necesario saber la estructura en conjunto y en detalle del Centro Médico, antes de que se pase a autorizar por separado el llevar a cabo ninguna de las construcciones.

Para aclarar estos y otros puntos solicitamos respetuosamente que se celebren vistas públicas sobre este proyecto, a cuyas vistas estaremos dispuestos a comparecer cuando la honorable Comisión de Salud y Beneficencia que usted tan dignamente preside, lo estime conveniente."

Cordialmente suyo,

El proyecto se convirtió eventualmente en ley.

6. **Proyecto de la Cámara 386.**

El Tribunal Examinador de Médicos auspició este proyecto, encaminado a enmendar el inciso 3 del Artículo 14 de la Ley Núm. 22 del 22 de abril de 1931, que establece el "Tribunal Examinador de Médicos."

La enmienda al artículo en cuestión consistía de la parte **subrayada** del siguiente párrafo:

> "Disponiéndose, que los aspirantes a licencia que haya de obtenerse mediante los exámenes a que alude el inciso 2 de este artículo, cuyos títulos profesionales hubieren sido expedidos por alguna universidad que no exija como requisito para ingresar en la facultad de medicina un grado de bachiller o lo que estime la equivalencia del mismo, deberán además de los estudios correspondientes a los cuatro años de una alta escuela acreditada, haber aprobado no menos de *tres* años de *estudios a nivel universitario donde deberá cursar y aprobar estudios de un año académico en química orgánica e inorgánica, física y biología.*"

Esta corrección a la ley venía a llenar una gran necesidad, y así lo expresó oficialmente nuestra Asociación. Vimos con satisfacción que el proyecto se convirtió en ley.

A propósito de la Ley de la Práctica Médica queremos apuntar la necesidad de que se reanuden los laudables esfuerzos que comenzó nuestra Asociación Médica durante la presidencia del doctor Luis A. Sanjurjo, para conseguir una moderna ley, ya que la actual es completamente inadecuada en muchos aspectos, según es de conocimiento general. Estos esfuerzos deben de llevarse a cabo con estrecha cooperación con el Tribunal Examinador de Médicos, y a la luz de las necesidades y problemas actuales.

7—**Resolución Conjunta de la Cámara 917.**

Esta fué sometida a nosotros el 25 de febrero por el doctor Pablo Morales Otero, pidiéndonos que expresáramos nuestra opinión. Se asignaba la cantidad de cien mil dólares ($100,000) para la adquisición de terrenos para la construcción del Hospital General de Distrito de Mayagüez.

En nuestra contestación al doctor Morales Otero decíamos lo siguiente:

> "Creemos que ese distrito es un área geográfica donde hace mucha falta la creación de un hospital estatal de esa naturaleza.
>
> El año pasado nuestro anterior presidente, el doctor Guillermo Picó, sostuvo un extenso cambio de impresiones con el honorable representante, Sr. Cole. así como con el anterior Secretario de Salud, doctor Pons, y nos manifestamos en aquel entonces, igual que lo hacemos ahora, a favor de la idea de ese hospital".

8—Proyectos de la Cámara 343, 344 y 345.

Estos son los proyectos fundamentales que ha defendido nuestra Asociación con determinación y fe inalterables. Por ello hemos estado laborando incesantemente, combatiendo los intereses creados que quieren obstaculizar el noble esfuerzo de la clase médica. Con alto espíritu cívico y visión clara de la responsabilidad que tenemos los médicos en trazar las mejores normas de salud para nuestro pueblo, nuestra Asociación ha defendido con tesón estos proyectos, que hacen posibles planes de seguro médico y de seguro hospitalario voluntarios muy superiores a los que actualmente existen.

En memorandum que sometimos a los honorables miembros de ambas Cámaras Legislativas con fecha de 11 de marzo de 1958, y que aparece publicado en el número 3, volumen 50, de nuestro Boletín (marzo, 1958) planteamos una vez más la filosofía básica de los planes a crearse, así como las disposiciones fundamentales de estos proyectos.

No voy a entrar en todos los detalles de la labor que se ha podido hacer gracias a la dedicación de muchos de ustedes, de mis compañeros en la Junta de Directores, y de los miembros del Comité de Planes de Seguros Médico Voluntario, que en forma tan extraordinariamente hábil ha dirigido el doctor José S. Licha. Esa narración va vertida en el brillante informe del doctor Licha, que obra hoy en vuestro poder, luego de haber sido unánimemente aprobado por vuestra Junta de Directores.

Quiero, sin embargo, recalcar algunos puntos salientes en lo que se ha logrado, y señalar la jornada que queda por delante.

Para abreviar, presento en forma de bosquejo los acontecimientos más importantes:

(a) Rechazo a maniobras de la administración de la Cruz Azul y del "grupo de acción" de la Junta de Regentes tendientes a retardar el informe de los proyectos por parte de la Comisión de Salud y Beneficencia de la Cámara. Ya a esas alturas quedamos convencidos de que en ningún momento había habido la verdadera intención en ellos de respaldar nuestros proyectos.

(b) Aprobación en votación final de los tres proyectos por la honorable Cámara de Representantes, con un solo voto en contra —Abril de 1958.

(c) Comparece la Asociación Médica de Puerto Rico a vistas públicas ante la honorable Comisión de Salud y Beneficencia del Senado, a defender los proyectos. Comparece el "grupo de acción" de la Cruz Azul, acompañado de su asesor legal y de otras personas, para oponerse, según ellos, a algunas disposiciones de los proyectos bajo consideración. La impresión que recibimos fué la de

un esfuerzo concentrado y maquiavélico para crear confusión y dudas, en vez de exposición concreta de ideas. En muchas ocasiones se apartaron del plano de las ideas y se ensañaron en injustos ataques personales. Sus declarantes consumieron numerosos turnos y largas horas de exposición.

Cuando llegue el momento en que se haga publico ese documento oficial exhorto a todos los compañeros a su cuidadosa lectura. Les aseguro, que si no amena, la lectura del mismo será una experiencia valiosa y reveladora.

Es bueno añadir que en esa vista pública el doctor Francisco Berio, en representacción del Secretario de Salud, declaró como sigue:

> "En relación con los proyectos de la Cámara números 353, 344 y 345, el honorable Secretario de Salud sometió a esta Comisión el 23 de abril de 1958 un memorandum al cual hago referencia, específicamente el 345, en que no se objeta, sino al contrario, se acepta la creación por esta honorable Legislatura de planes de servicios médico-quirúrgicos organizados de acuerdo con este proyecto. Y en cuanto a los otros, que conllevan enmiendas a la ley de 1942, no hay objeción alguna de parte del Secretario de Salud."

También declaró el señor López Castro, Comisionado de Seguros, sometiendo algunas recomendaciones de enmienda, pero manifestándose a favor de los tres proyectos.

(d) La honorable Comisión de Salud y Beneficencia del Senado decidió mantener bajo estudio los proyectos hasta la próxima sesión legislativa.

(e) Pocos días más tarde, el 28 de mayo, la asamblea general de la Cruz Azul, a instancias del "grupo de acción" de la Junta de Regentes y el Director Ejecutivo, adoptaba una resolución en que se consideraba "ilegal y hasta inconstitucional" el proyecto 344, en la que acordaba "expresarse en contra de la aprobación del P. de la C. 344, pendiente ante la consideración del Senado de Puerto Rico." De aprobarse el proyecto, dentro de los días subsiguientes se convocaría "a reunión extraordinaria de la Cruz Azul de Puerto Rico, para que ésta decida la acción a seguirse en vista de la aprobación de tal legislación." Esta actuación, naturalmente, nos hizo perder en definitiva la esperanza de trabajar en armonía con los actuales directores de La Cruz Azul.

(f) Durante la tercera semana de junio vuestro presidente y el doctor José Berio tuvieron la oportunidad de plantear extensamente la situación local a los directores del National Blue Shield Association, durante la convención anual de la Asociación Médica Americana.

(g) Con fecha del 10 de julio el señor John Castellucci, vicepresidente Ejecutivo del Escudo Azul Nacional, envió una comu-

nicación a la Junta de Regentes de la Cruz Azul de Puerto Rico. En ella notificaba que la Asociación Médica de Puerto Rico no reconocía el plan de Servicios Médicos de la Cruz Azul, y que por lo tanto el Escudo Azul Nacional se vería obligado a retirarles la aprobación temporera que tenían.

(h) El 19 de julio vuestra Junta de Directores, a través de esta presidencia exhortó a la matrícula de la Asociación a que no firmase el nuevo contrato de la Cruz Azul y a que renunciara el contrato anterior o el nuevo contrato, aquel que lo hubiera firmado. Hicimos hincapié en que se siguieran brindando los servicios médicos sin cargo adicional a los pacientes.

(i) El grupo de médicos que representaban a los médicos asociados en la Junta de Regentes de la Cruz Azul, renunció en pleno el 23 de julio de 1958.

(j) En carta del 15 de agosto, un distinguido grupo de expresidentes de la Asociación se dirigió a todos los miembros en esta forma:

> "El cuerpo de consejeros de la Asociación Médica de Puerto Rico, integrado por los expresidentes, reconociendo lo justo y honesto de la actitud asumida por los directores de la Asociación en defensa, no de los intereses materiales de la clase, sino del principio de relación entre médico y paciente, se solidariza con la lucha que viene sosteniendo la Junta de Directores de la Asociación y recaba de toda la matrícula que le ofrezca a nuestros dirigentes el más absoluto respaldo en tan laudables propósitos."

(k) En reunión ordinaria celebrada el 16 de agosto, esta honorable Cámara adoptó acuerdos que reafirmaron el respaldo absoluto a la Junta de Directores en sus gestiones en relación a los planes de servicios médicos y al problema que había surgido en relación con la Cruz Azul de Puerto Rico. Acordó también este honorable cuerpo "que aquellos compañeros miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico que sustituyeren en sus posiciones a otros compañeros que fueren expulsados de sus cargos por la sola razón de no firmar el contrato para servicios médico-quirúrgicos de la Cruz Azul de Puerto Rico, o por haber renunciado al mismo, estarán sujetos a la sanción que esta Cámara de Delegados o la Directiva de la Asociación Médica de Puerto Rico estime necesario aplicarles." Estos acuerdos fueron objeto de una comunicación especial del doctor Enrique Pérez Santiago, presidente de la Cámara, a todos los miembros de la Asociación.

(l) Durante los meses de agosto y septiembre se recibieron endosos alentadores a todas nuestras gestiones de las cuatro Asociaciones de Distrito y de todas las secciones de especialidades, y de asociaciones afiliadas, tales como la Asociación de Urología de Puerto Rico, la Sociedad Puertorriqueña de Medicina Interna,

el Capítulo local del Colegio Americano de Cirujanos y el American College of Chest Physicians.

(m) Habiendo tenido conocimiento de que el 3 de septiembre el "grupo de acción" de la Cruz Azul había comparecido ante la honorable Comisión de Salud y Beneficencia del Senado, alegando que debido a la actitud de los médicos la Cruz Azul estaba en crisis, respetuosamente solicitamos comparecer a nombre de la Asociación para aclarar cualquier punto que creyesen propio levantar los honorables miembros de la Comisión. Ante ellos comparecimos el 11 de septiembre, exponiendo todas las justas razones que había para las actuaciones de la clase médica.

(n) En contestación a artículos publicados por el Director Ejecutivo de la Cruz Azul y a unas manifestaciones que hiciera el "grupo de acción" de la Cruz Azul en panel televisado en la estación del Gobierno, comparecimos el miércoles, 7 de octubre, en unión a los compañeros Fernández Cerra, Licha, Colón Yordán, Torres y Montilla, a un panel televisado a través de la misma emisora. Allí tuvimos la satisfacción de poder darle un mentís público a ciertas ideas falsas que se habían querido propalar. Probamos convincentemente los siguientes puntos:

1—Que la Cruz Azul no tiene certificado de aprobación de la Asociación Nacional del Escudo Azul.

2—Que el proyecto de ley que nosotros defendemos para la creación de planes de servicios médico-quirúrgicos (el 345) ofrece el mejor servicio para los suscriptores y que a través de sus disposiciones en la composición de la Junta de Directores, fijación de cuotas y honorarios, y aprobación del presupuesto, hace absurda y ridícula la contención de que nuestra Asociación quiere controlar esos planes.

3—Que la Cruz Azul no tiene libre selección de médico.

4—Que la lista del Directorio Médico publicada por la Cruz Azul está llena de errores y de impresiones falsas. De 381 nombres que aparecían en la lista, 174 habían ya renunciado y 51 no rinden servicios por razones obvias, tales como muerte, ausencia del país, etc. Posteriormente el número de renuncias ha llegado a 185. Hay además 400 compañeros que nos han indicado que nunca han firmado contrato con la Cruz Azul.

5—Que el plan que se creará al amparo del proyecto 345 dará más beneficios al suscriptor, por la misma cuota:

(a) *Libre selección* de médico en todo momento. Incluye un grupo no menor de 600 compañeros que ya han significado su deseo de brindar servicios.

(b) Servicios de Anestesiología.

(c) Servicios de Fisioterapia por especialista

(d) Servicios por radiólogos

(e) Cualquier otro servicio que el estudio actuarial demuestre factible.

(o) Los estudios actuariales y la especificación de los detalles del plan están ya en avanzado estado de progreso. Esto hará

factible una rápida organización del plan de servicios médico-quirúrgicos cuando se aprueben los proyectos en la venidera sesión legislativa. Esta misma instrumentación serviría, en unión a una carta constitutiva ya lista, para establecer el plan bajo las disposiciones vigentes del Código de Seguros, si los proyectos no tuvieran el curso favorable que anticipamos.

* * * *

Regionalización de Servicios Médicos

Hacia las postrimerías de la brillante presidencia de nuestro querido predecesor y amigo, el doctor Guillermo Picó, y poco tiempo después de haber sido designado para el prestigioso cargo de Secretario de Salud el también querido amigo y compañero, doctor Guillermo Arbona, fuímos invitados a un extenso cambio de impresiones con los doctores Robert F. Loeb y Warren Weaver, síndicos de la Fundación Rockefeller, quienes habían venido a observar sobre el terreno los problemas médicos de nuestro país, y decidir si recomendaban o no que la Fundación respaldara económicamente el proyecto de Regionalización.

Hagamos primero un poco de historia.

En el primer informe que rindiera el Negociado de Censo y Construcción de Hospitales en el 1947 se describió un posible sistema de organización regional que incluiría centros de salud donde irían de primera intención los enfermos, y hospitales de distrito, a los cuales se referirían los casos que no pudieran atenderse localmente. Contemplaba también el sistema un hospital base que se convertiría en el hospital de la Escuela de Medicina y en centro de adiestramiento y de fijación de normas.

Este plan fué adoptado oficialmente en 1949, cuando se acordó establecer "un sistema coordinado compuesto de un hospital base de adiestramiento, hospitales de distrito a la cabeza de las regiones y centros de salud dentro de éstas, en sustitución de los inadecuados hospitales municipales; integración de los servicios médicos preventivos y asistenciales y su coordinación con los servicios de bienestar público en las municipalidades, éstas a su vez coordinadas con los hospitales de distrito; interrelación de todos los hospitales a nivel de los centros regionales e integración de estos con un hospital base insular".

En discurso pronunciado por el doctor Juan A. Pons, Secretario de Salud, ante la Asociación de Salud Pública de Puerto Rico el 11 de septiembre de 1953, llama singularmente la atención el siguiente párrafo:

"Sospecho que para Puerto Rico la única solución al problema de distribución de servicios médicos y del costo de producción de esos servicios, al problema de hacer distribución equitativa de esos servicios, así

como también de su costo, es el *seguro médico obligatorio*, con participación quizás de los patronos y con subsidio del estado, contribuyendo cada individuo de acuerdo con sus ingresos, y *administrado todo el sistema por el estado.* Los servicios médicos mismos podrán ser producidos directamente o comprados, pero es posible que lo aconsejable fuera la *administración por parte del estado de todo lo concerniente a la producción y distribución para todos los sectores de población, a través de un sistema perfectamente acoplado e integrado a la actualidad de la medicina preventiva. Es también posible que todo o casi todo el personal médico disponible haya de servir a la comunidad exclusivamente a través de esa organización o sistema.*"

En el año 1954 con el "deseo de coordinar e integrar la organización sanitaria de nuestro pueblo con la esperanza de rebajar el costo de los servicios médicos y sociales sin sacrificar la cantidad y calidad de los mismos" el Secretario de Salud decidió explorar la idea de organizar por regiones la prestación de servicios médicos a la comunidad.

Al efecto, solicitó la ayuda económica y la cooperación técnica de la Fundación Rockefeller "para realizar en el área rural y urbana que sirve actualmente el Hospital de Distrito de Bayamón, un estudio e inventario de las facilidades físicas (públicas y privadas) en dicha área, del personal técnico que trabaja en estas facilidades y de los servicios que reciben los habitantes en esta región."

Este estudio se llevó a cabo durante el año económico 1955-56 por un grupo de investigadores dirigido por el doctor Guillermo Arbona, en aquel entonces Profesor de Medicina Preventiva en nuestra Escuela de Medicina, y asesorado por el doctor John Grant, de la Fundación Rockefeller, en su calidad de Consultor. Este grupo preparó un extenso informe intitulado "Health Survey of Seventeen Municipalities Served by the Bayamón District Hospital". Este informe, al igual que un resumen del mismo intitulado "Operation Regionalization in Puerto Rico", dirigido al honorable Gobernador de Puerto Rico, no llegó a nuestras manos hasta **diciembre de 1957.** Fué en esta ocasión que por primera vez tuvimos la versión oficial de lo que se había planeado como resultado de las conclusiones del estudio. Un informe preliminar había sido preparado en septiembre de 1956, y el final en **mayo de 1957.**

Se nos había dicho que el programa de Regionalización contemplaba una integración más eficiente de las facilidades médicas, preventivas y curativas en el área geográfica de Bayamón, de suerte que resultase más económico y efectivo el servicio que se rindiese a la población indigente que lo utilizaba. Bajo esta impresión fué que sostuvimos la entrevista con los síndicos de la Fundación Rockefeller, según mencionamos al principio. A esa reunión asistimos los doctores Picó, Pou, de Jesus, Costa Mandry y el que les

habla, en representación de la Asociación Médica, y los doctores Loeb, Weaver, Grant, Arbona y Ferrer.

A base de lo que se nos había explicado estuvimos por supuesto a favor del programa de Regionalización, ya que era obvio que la ayuda económica que recibiera el Departamento de Salud le permitiría llevar a cabo labor más eficiente, labor a la que estábamos dispuestos a ofrecer con entusiasmo la cooperación de nuestra Asociación, tanto individual como colectivamente.

Quizás porque recordábamos una ocasión en que se nos había querido vender la idea de que los Jefes Regionales sirvieran de consultores no solo para los pacientes indigentes de los varios centros de salud dentro del esquema que se contemplaba, sino que también ejercieran esa función médica gratuítamente en los pacientes privados que pudieran tener los médicos particulares en esa comunidad, fué que tuvimos buen cuidado de recalcar una y otra vez que para que fuese aceptable y exitoso el programa, **tendría que limitarse exclusivamente a los pacientes indigentes que permanecieran como responsabilidad directa del Departamento de Salud.**

Se nos aseguró por todos allí presentes que no habría problema puesto que era la idea que inspiraba a los propulsores de la regionalización. Así creímos también que lo habían entendido los síndicos de la Fundación. El panorama de una profesión médica entusiasta, dinámica y genuinamente interesada en los problemas de salud, fué en mi opinión y en la de otros compañeros allí presentes, factor importante en la recomendación favorable que hicieran los señores síndicos a la Fundación. Esto se tradujo poco tiempo después en una asignación inicial de $155,950 al programa de Regionalización por parte de la Fundación, más otros $96,831 que asignó el Servicio Federal de Salud Pública.

Fué rudo el golpe que recibiera la Asociación Médica a principios de diciembre de 1957 al recibir el folleto sobre Regionalización.

Encontramos en esa publicación conceptos reñidos con nuestra filosofía de la libre empresa en la práctica de la medicina. Muchos de esos conceptos son de ustedes tanto conocidos, pero quiero una vez más mencionar específicamente algunos de ellos.

En la carta de trámite del informe, dirigida al Hon. Gobernador y suscrita por el Dr. Juan A. Pons, llaman la atención las siguientes frases:

"By coordinating into a single administrative system **all** the health care and welfare agencies of a natural region, and integrating it with the School of Medicine and other professional schools, assurance is gained that the quality of the services and

the efficiency of their operation will be maintained at the highest possible level."

"Puerto Rico is the first member of the United States of America to undertake the thorough regionalization of its health and welfare agencies. Totalitarian countries have regionalized by fiat — we are doing it democratically."

En la primera página del informe se define regionalización como el vocablo que describe una organización en la que **todas** las agencias o instrumentalidades destinadas a la medicina curativa, medicina preventiva, salud pública y al servicio social dentro de un área geográfica en particular se coordinan en un **sistema unitario.**

Se define en esa misma página el **propósito** de regionalización diciendo que es el conseguir que el dinero que provenga de contribuciones o el que **emane de sistemas de seguros,** pueda utilizarse para un rendimiento máximo de la prestación de servicios médicos o de asistencia pública.

Las recomendaciones que aparecen en la página **catorce** del informe en relación al financiamiento de los servicios médicos conllevan el germen de un sistema de medicina global administrada en su totalidad por agencias gubernamentales. Véase el texto: "El Gobierno debe inmediatamente enmendar sus normas de suerte que los hospitales y otras instituciones de gobierno puedan **cobrar** los servicios rendidos a pacientes que estén cubiertos por **seguros médicos prepagados** — esta constituye **la recomendación más importante** del grupo que ha llevado a cabo el estudio."
Más aún, "el Gobierno debe nombrar una Comisión que estudie la manera de poder hacer extensivo a toda la isla el seguro médico."

Una vez más el Dr. Arbona y el Dr. Grant nos aseguraron que **no** era el propósito del Departamento de Salud el crear un sistema de medicina global, administrado por el gobierno y sostenido por dineros contributivos, y dineros obtenidos por cobros pequeños de seguro médico hospitalario prepagado o por cobros pequeños en servicios médicos rendidos.

Sin embargo, nuestra preocupación y nuestra zozobra eran profundas, ya que a pesar de nuestras peticiones, nunca se nos confirmó por escrito que la política sería de crear una regionalización que entendiese **exclusivamente** con el grupo que es la responsabilidad del Departamento y de las municipalidades, o sea el constituído por los enfermos económicamente impedidos.

Naturalmente, comprendemos que el Departamento de Salud tiene cierta responsabilidad legal y moral para que toda la población reciba los mejores servicios médicos y hospitalarios que sean posibles. De ahí que exista un Negociado de Censo y Construcción de Hospitales entre cuyas funciones se encuentra la de establecer normas y requisitos para el licenciamiento de hospitales, tanto pri-

vados como de gobierno; de ahí que un Registro Demográfico prepare estadísticas de mortalidad y morbilidad: de ahí que la División de Educación Médica, en armonía con la División de Hospitales mantenga un activo programa de adiestramiento, no solo para médicos internos y residentes, sino también para personal técnico en las disciplinas aliadas a la Medicina.

Es obviamente en atención y dedicación a esa responsabilidad legal y moral que el Secretario de Salud respalda los proyectos de ley que permitirán el funcionamiento de nuestros planes voluntarios de servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización dentro de las más puras normas. No nos sabe duda de que él está muy consciente de que a través de esos planes una proporción cada vez mayor de la población podrá afrontar el costo de servicios médicos y hospitalarios, sobre todo a la luz del magnífico progreso que se ha estado alcanzando al mejorar la economía de nuestro país a pasos agigantados. Sabemos que él está también muy consciente de que un eficasísimo corolario de esa evolución será el de que la carga del Gobierno se reduzca a un nivel tal que los recursos de que disponga para la atención médica y quirúrgica de los indigentes sean perfectamente adecuados para descargar esa responsabilidad.

Es por este análisis que no podíamos comprender cómo no querían aclararse por escrito los conceptos que aparecían en "Operación Regionalización", y que como verán más adelante ustedes, volvieron a expresarse luego por algunas personas conectadas en una u otra forma con el programa de Regionalización.

De común acuerdo con el Dr. Arbona establecimos un Comité de Enlace en nuestra Asociación, para discutir el problema con él y con sus ayudantes, y ver la manera de lograr una solución satisfactoria.

En estas reuniones tratamos de conseguir que se nos formulase por escrito la limitación del programa a enfermos indigentes, pero no se consiguió esto.

En enero tuvimos un extenso cambio de impresiones con el Dr. George Lull, Secretario Ejecutivo en aquel entonces de la Asociación Médica Americana y le expusimos nuestro problema. Estuvo de acuerdo, y así también lo estuvo la Junta de Síndicos de la Asociación Médica Americana, en que el concepto de Regionalización que se había expresado **no era aceptable** y que era nuestro deber combatirlo hasta que fuera debidamente aclarado.

Comentando sobre el folleto "Operation Regionalization in Puerto Rico" ha dicho el Dr. Lull lo siguiente:

"The term "Regionalization" is used here in a context new to us. We have used is here in the United States in reference to the Federal Hospital Construction Program, under which the Fe-

deral government provides approximately 150 million dollars a year to stimulate the construction of hospital and related facilities by voluntary, as well as, public agencies. Here, however, the term refers to coordination of Hospital and related facilities. In neither context does it refer to a complete governmental control program of hospital and medical care.

We have also used the term to denote cooperation between urban teaching hospitals and rural or community hospitals in an effort to disseminate the latest advances in medicine and surgery. In this context regionalization is concerned with improving medical services through education.

In the report "Operation Regionalization," on the other hand, **the term regionalization becomes a concept of socialized medicine,** which for many reasons has been opposed by the vast majority of American physicians. Actually, this is pointed out in the second to last paragraph of the letter of transmittal, which states "Puerto Rico is the first member of the United States of America to undertake the thorough regionalization of its health and welfare agencies. Totalitarian countries have regionalized by fiat — we are doing it democratically. Here "thorough regionalization" might well read "thorough socialization" or "regimentation" and, whether it is done by fiat or democratically, the results are the same.

With such a large percentage of the Puerto Ricans in the low income group, it is obviously necessary to develop a medical and hospital program to provide for their medical and hospital needs. On the other hand, the long-term goal should well be one of improving the economic status of the population and instilling in the people not only the desire but also the ability for self-reliance.

To expand and provide governmental facilities for everyone, including those who have pre-payment plans and who can well take care of their own expenses, is not only not conducive to these goals but actually a step in the opposite direction."

Además de las reuniones del Comité de Enlace con el Dr. Arbona, el Dr. Fernández Cerra, el Dr. Guillermo Picó y el que les habla celebraron numerosas reuniones con el Dr. Arbona y el Dr. Grant, en un esfuerzo adicional en llegar a un acuerdo.

Con fecha del 11 de marzo esta presidencia envió a nombre de la Junta de Directores, una comunicación oficial al Dr. John Grant en la que le decíamos: "Private medical care, whether direct or through prepaid voluntary insurance, must be rendered by free enterprising physicians in their offices, in the patients's home or in community or proprietary hospitals."

Esta comunicación fué contestada el 8 de abril por el Dr. Grant. En relación al párrafo arriba citado expresó él lo siguiente: "The monies now made available by Federal and State Governments for payments of medical care should make it possible to eliminate "medical care for indigents" through purchase of prepayment through Blue Cross and Blue Shield".

Eso quisiéramos nosotros, **siempre y cuando que fuese para resolver el problema de los verdaderamente indigentes.** Estamos seguros que el servicio para esos indigentes le saldría más económico al gobierno y le ahorraría personal y maquinaria administrativa. No creemos, sin embargo que existe esa intención, Antes por el contrario se recomienda en el informe de Regionalización, y el Dr. Grant fué el consultor del proyecto, **buscar mecanismos para abrir las puertas de hospitales públicos para pacientes que ya tienen su forma de seguro y que pueden resolverse su problema sin tener que utilizar las facilidades harto escasas que tenemos para los indigentes.**

Nos decía también el Dr. Grant: "I am not quite clear of the meaning of your phrase "free enterprising physicians". Y pregunta a renglón seguido: "Do not all physicians in democratic countries have freedom of choice of where or how they practice?

La libre empresa en la práctica de la medicina, al igual que en otras profesiones, ocupaciones, oficios, menesteres, etc., es el derecho inalienable de establecerse donde uno crea más conveniente el hacerlo, y en el caso específico de la medicina, ejercer la profesión sin que una tercera persona se interponga o trate de viciar las relaciones entre médico y paciente. Es la oportunidad de en abierta y ética competencia, dar lo mejor que uno tenga para alcanzar la estimación y gratitud de sus congéneres. No dudamos que estas cosas las sabe el Dr. Grant; como también sabe que hay países supuestamente democráticos donde se han limitado esos derechos y esa iniciativa, en violación de lo que debe ser una verdadera democracia.

En otra parte de nuestra carta al Dr. Grant afirmábamos otro principio que creemos básico, a saber: "Public or government hospitals, whether at Commonwealth or municipal level, should render service only to indigent patients, and medical care of such indigents should be administered by full time or part time physicians in the employ of the government." A esto nos dice él: "I would qualify this in the light of the realities in Puerto Rico of municipalities where there are no private practitioners."

La realidad es que ya definitivamente no existe en Puerto Rico la escasez de médicos de hace diez años y que en la gran mayoría de municipios hay otros médicos además de los que desempeñan sus labores en centros de salud y hopitales municipales.

Continuaba nuestra carta al Dr. Grant diciéndole: "As the economic level of the population continues to improve and the number of indigents who depend on the community (through the government) for their general medical care decreases, the facilities for the care of the tuberculous, insane, the chronically disabled and the aged, can be expanded and improved. Any surplus facilities then should be turned over to the community, which should administer and operate those facilities as non-profit hospitals or centers. These are long range possibilities which we do not foresee in the immediate future."

Con esto estuvo de acuerdo el Dr. Grant "en términos generales."

En párrafo subsiguiente y refiriéndonos a la situación local en relación al término regionalización, comentamos como sigue: "We believe in Regionalization as a coordinated effort to better and more economically utilize governmental facilities for the medical care of the **indigent patients.** As a corollary, the Medical School can exert through such a program, a beneficial influence on the standards of medical practice, both by intra and extramural teaching. We think this is the logical and workable concept of regionalization, and the only one we are willing to support. **We are against regionalization as it appears in the report prepared by the Regionalization Study Committee, where the concept is erroneously extended to cover the whole population."**

A esto nos contesta el Dr. Grant argumentando que: "The benefits of coordination and integration of area medical care facilities through regionalization as envisaged by the Hill-Burton Act of 1946 were designed primarily for community non-profit hospitals".

Precisamente fué por eso que el Dr. Lull comentando sobre el informe "Operation Regionalization", dijo: "El vocablo "regionalización" se usa en este informe en una acepción nueva para nosotros."

Precisamente por eso es que cobra más fuerza nuestro punto de vista. O se deja el programa en manos de la iniciativa privada y de la comunidad con el derecho a recabar la ayuda de la Escuela de Medicina para **programas de adiestramiento,** o se plantea como actividad del Departamento de Salud, para mejor organizar y fortalecer sus instituciones públicas dedicadas al cuidado de los indigentes. Esta segunda, indudablemente, es la más urgente de las dos líneas de acción, ya que la situación económica del país, a pesar de su notable mejoría, hace que todavía un 75% de la población esté recibiendo su atención médica en instituciones del gobierno.

Comentando sobre el propuesto Centro Médico que estaría integrado al programa de Regionalización, decíamos también en la carta: "We are firmly opposed to any government-run private hospital in the Medical Center, as has been contemplated. This is an extravagant and unnecessary expenditure. In principle, and in actual economic practice, the arguments against it are numerous and well established."

A esto nos contesta el doctor Grant diciendo que la experiencia del sistema de "geographical full time en una gran mayoría de los centros de enseñanza en los Estados Unidos pone en tela de juicio nuestras contenciones.

A esto decimos nosotros aquí en Puerto Rico, en nuestra Escuela de Medicina, hemos tenido la satisfacción de palpar la dedicación y el sacrificio del médico puertorriqueño, que ha hecho posible que se **vitalicen** los principios Hipocráticos de la enseñanza de los preceptos médicos a otras generaciones, sin la necesidad de la prebenda del "geographical full time," sin tener que sacrificar la libre empresa y evitando la competencia desleal hacia otros compañeros de profesión.

Para finalizar la carta resumíamos nuestra posición de esta manera: "We are firmly against now and forever, any system of government medicine — call it socialized, state, integrated, regimented, global, regionalized, or coordinated medicine — which would oppose and destroy the system of free enterprise and of a democratic practice in medicine. It is under this pattern that American medicine —probably the best in the world— has been growing gigantically to the benefit of millions of people."

Contestó a esto el doctor Grant diciendo: "I am 100% for "free enterprise" and "The democratic practice of medicine" if I understand your use of the terms. This means I am against government medicine; but your synonyms for the latter would require definition for one to express an opinion."

Nosotros en realidad creemos que nuestros puntos de vista han sido claramente expuestos. **No vemos como puede haber problemas de semántica envueltos cuando hemos llamado al pan y al vino por sus nombres.**

Pero sigamos nuestro informe cronológico. Hubo otras reuniones del Comité de Enlace con el doctor Arbona. No pudimos llegar al acuerdo en conceptos que hubiera resuelto el problema, ya que no se nos pudo asegurar oficialmente que la coordinación regional se ocuparía exclusivamente de los enfermos indigentes.

Hacia fines de abril de 1958 llegó a Puerto Rico el doctor Milton Roemer, un experto traído por el Departamento de Salud para que evaluara la labor de la oficina de Regionalización e hiciera recomendaciones pertinentes en relación a ese programa. Es-

te consultor celebró reuniones con la plana mayor del Departamento de Salud, incluyendo a los jefes regionales del Hospital de Distrito de Bayamón, al doctor Ferrer y al doctor Grant. Fué el autor de la tristemente célebre frase: "Regionalization is socialized medicine. Let's face it. We don't have to apologize for it."

El 8 de mayo el doctor Roemer se dirige a la Asociación de Administradores de Hospitales, en ponencia intitulada "The Social Environment of Hospital and Medical Care Organization." Aunque dice mostrarse reacio a dar un consejo, no puede sustraerse a la tentación de expresar su criterio de lo que él considera la mejor solución a nuestros problemas médicos. Esta solución, según él, sería la de un sistema **unitario y global de servicios médicos sostenido por un seguro obligatorio o por contribuciones públicas.** Este concepto, señores de la Cámara, es el de medicina socializada y regimentada, sin que medien problemas de semántica. Para justificar su inclinación hacia la segunda modalidad de financiamiento de ese sistema unitario insistió él en que esa es la tendencia hoy día en muchos países. Hablando anteriormente, ya había hecho un elogio de la medicina en los países comunistas, aunque aceptando que los logros habían sido obtenidos a costa de la pérdida de las libertades personales. Nos pareció peligrosamente familiar y cerca la estructura de la medicina soviética descrita por el doctor Roemer, cuando dijo: "La práctica colectiva en centros de salud es la norma, y la regionalización existe a través de toda la nación."

No se nos dió explicación satisfactoria en cuanto a porqué se habían obtenido los servicios de un consultor que tiene ideas francamente en pugna con el libre ejercicio de la profesión.

Así estando las cosas nuestra Junta de Directores preparó la resolución que ustedes aprobaron luego unánimemente en la reunión extraordinaria del 18 de junio.

Esta fué presentada por nuestro delegado suplente, doctor José M. Berio, ante la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana, y aprobada por unanimidad como la Resolución #40 de ese alto cuerpo legislativo, en la reunión del mes de junio en San Francisco. A tenor con los propósitos de la resolución, copias oficiales de la misma fueron enviadas por el Vicepresidente Ejecutivo de la Asociación Médica Americana al honorable Gobernador de Puerto Rico, al honorable Secretario de Salud de Puerto Rico, a la Fundación Rockefeller, y al Servicio Federal de Salud Pública.

Se incluye a continuación el texto de la Resolución 40 de la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana, aprobada en junio 25 de 1958:

"Whereas, Attempts are being made to organize in the Commonwealth of Puerto Rico a system of medical care known as the Regionalization Program; and

"Whereas, This system would be implemented by the Health Department, with the financial backing of the Rockefeller Foundation and the United States Public Health Service; and

"Whereas, Regionalization as planned for the Commonwealth of Puerto Rico, regardless of what name may be given to it, is in essence the socialization of medicine; and

"Whereas, This attempt to socialize medicine presents a definite threat to American Medicine; and

"Whereas, This regionalization plan is intended as the subtle spearhead of a movement to extend socialization of medicine to continental United States; Therefore be it

Resolved, That the American Medical Association House of Delegates (1) Oppose vigorously such a Regionalization Program in the Commonwealth of Puerto Rico, unless it be clearly and explicitly shown that such a program will deal with the reorganization and integration of the government facilities for the care of the indigent population *only*, without any attempt whatsoever to establish a global, socialized system of government medicine, and (2) that the Rockefeller Foundation be requested to withdraw financial and technical support for such a program unless its objectives are clearly redefined and publicly stated along the lines set forth above; and be it further

Resolved, That copies of this resolution be sent to the Rockefeller Foundation, the State & Territorial Medical Societies, the Governor of Puerto Rico, the Secretary of Health of Puerto Rico, and the U.S. Department of Health, Education and Welfare."

El 20 de junio vuestro Presidente tuvo la oportunidad de expresar personalmente los puntos de vista de la Asociación Médica de Puerto Rico en relación al programa de Regionalización, ante los doctores Loeb y Weaver y ante el doctor John Bugher, Director de Investigaciones Médicas de la Fundación Rockefeller, en las oficinas centrales de esta institución en Nueva York. Tuvo también vuestro presidente la oportunidad de constatar que los puntos de vista del doctor Bugher sobre el "experimento de Regionalización" son los mismos que aparecen en las publicaciones oficiales del Departamento de Salud y en los escritos del doctor Grant.

Afirmó el doctor Bugher que este proyecto reviste una gran importancia para la Fundación, ya que lo considera como experimento crucial, que de tener éxito, "podría repercutir en los servicios médicos de los Estados Unidos continentales." Admitió que ellos consideraban a Puerto Rico el sitio ideal para llevar a cabo el experimento, y que en ningún estado de la Unión hubieran po-

dido ellos intentar establecer un programa como el de regionalización, ya que no hubieran conseguido médicos que estuviesen dispuestos a respaldar un programa global de servicios médicos.

Le aseguré entonces que a no ser que se limitase el programa a los indigentes, la inmensa mayoría de nuestros médicos combatirían el proyecto, y que por lo tanto éste iría camino del fracaso. Admitió esa realidad, pero me comentó enseguida: "Pobre de ustedes los médicos y de vuestro pueblo si este experimento no tiene éxito."

Le apunté entonces que el fracaso emanaría de la negativa de ellos a reconsiderar los objetivos del plan. Salí de su oficina luego de cambiar otras impresiones, con la convicción de que la Fundación no tiene la más mínima intención, de aceptar que alteren los objetivos del proyecto de Regionalización que ellos respaldan y ayudan en la fase técnica y económica.

De Nueva York pasamos a San Francisco donde ayudamos al doctor Berio en sus magníficas gestiones en la Cámara de Delegados. Estas se facilitaron gracias a las magníficas relaciones que ha establecido en ese cuerpo nuestro dilecto compañero el doctor Sánchez Castaño, quien no pudo asistir este año por motivos de salud. Nos causó grata emoción ver la estimación que le tienen a nuestro delegado sus compañeros de Cámara.

Vuestro presidente asistió además a la Reunión de Presidentes y Oficiales de Asociaciones Médicas Estatales, donde tuvo la oportunidad de representar a vuestra Junta de Directores. En esa reunión tuve el privilegio de conocer al doctor Mal Rumph, en aquel entonces presidente de la "Association of American Physicians and Surgeons", entidad dedicada a mantener la libre empresa en América y a preservar la práctica libre de la medicina. Fué a través del doctor Rumph que nos enteramos del Informe Dodd sobre las Fundaciones que operan libre de impuestos en los Estados Unidos. Por considerar este informe de extraordinario interés, en vista de nuestros actuales problemas, vuestra Junta de Directores ha enviado copias del mismo a nuestro honorable Gobernador, a su Gabinete y a nuestros Legisladores. Creemos que los miembros de esta honorable Cámara de Delegados deben familiarizarse con el contenido del Informe Dodd, de suerte que hemos provisto copias para todos ustedes.

Sigamos nuestra historia documentada sobre Regionalización.

Durante los días 24, 25 y 26 de julio se celebró el Tercer Congreso Nacional de Hospitales, auspiciado por la Asociación Costarricense de Hospitales, en San José, Costa Rica. En ese Congreso el doctor Reinaldo Ferrer, representando a la Oficina de Regionalización del Departamento de Salud, presentó un trabajo intitulado "Coordinación de los Servicios Médicos Asistenciales". En ese

trabajo opina el doctor Ferrer que "la actitud negativa de nuestros profesionales y líderes de la comunidad hacia la coordinación de los Servicios Médicos Asistenciales de Salud Pública y de Bienestar social se fundamenta en el concepto equivocado de que los dineros disponibles son patrimonio exclusivo de la organización que los utiliza." Según sus palabras, "los que defienden esa filosofía se olvidan que **no importa el origen de estos dineros, sea de impuestos, sistemas de seguros, o de la iniciativa privada del individuo, pertenecen en conjunto a la comunidad, y es a ésta que le corresponde la obligación de establecer una distribución equitativa de estos recursos para garantizarle a sus miembros el derecho a gozar de salud."**

Apunto el hecho de que el que así se expresa es el Director de la Oficina de Regionalización de nuestro Departamento de Salud. ¡Y todavía, señores de la Cámara, se pretende tildarnos de suspicaces, de reaccionarios, de egoístas, de incrédulos!

Se impone cada vez más la valiente y vigorosa protesta contra ideas descabelladas como la arriba transcrita, con las que se pretende justificar la coacción del ciudadano, obligándolo en contra de los principios democráticos, en contra de la libre empresa, a que destine dineros que han sido el objeto de su iniciativa privada, para formas compulsoras de Servicios Médicos.

Esto no puede ni podrá nunca conducir ni a una mejor medicina ni a servicios médicos más baratos para el ciudadano.

Al entrar en las varias etapas que deben seguirse para coordinar los servicios médicos, menciona el doctor Ferrer la conveniencia de una buena planificación como uno de los primeros pasos a darse. Explica él que "Este proceso de planificación tiene que estar inspirado en un alto sentido de justicia para todos al intentar **satisfacer las necesidades de toda la población en lo que a servicios médicos se refiere."**

Tienen ustedes, señores delegados, la evidencia incontrovertible que ha movido a los dirigentes de vuestra Asociación a pedir insistentemente que se aclaren los objetivos del programa de Regionalización.

El 29 de julio vuestro presidente envió la siguiente carta:

"Estimado Dr. Arbona:

En la reciente convención anual de la Asociación Médica Americana, en San Francisco, California, la Cámara de Delegados de dicha Asociación aprobó por unanimidad la resolución número 40, presentada por la delegación de Puerto Rico.

En dicha resolución se expresa claramente la oposición de la medicina americana al plan de Regionalización concebido para Puerto Rico, por entender que, en la forma que se quiere poner en práctica este pro-

grama, se establece, de hecho, la estructura de una medicina socializada.

Aclara la resolución que la única forma en que la medicina organizada cesaría de combatir este programa sería si se establece inequívocamente que éste se limitará a coordinar y hacer más eficientes los servicios médicos y hospitalarios de los *enfermos indigentes, única y exclusivamente.*

Si oficialmente obtenemos del Departamento de Salud y de la Fundación Rockefeller la afirmación de que el programa de Regionalización se establecerá sobre esa base, estaremos entonces dispuestos a darle nuestra decidida cooperación al programa.

De lo contrario estaremos obligados por nuestras convicciones a presentar batalla frontal al proyecto de Regionalización."

Cordialmente suyo,

El 15 de agosto recibimos la siguiente contestación del doctor Arbona:

"Apreciado Luis:

Contesto tu carta de julio 29. Lamento mucho la acción tomada por la Asociación Médica de Puerto Rico y más aún la desorientación aparente de nuestra Cámara de Delegados en relación con el proyecto de Regionalización.

Te repito los objetivos de este proyecto con la esperanza de que se los hagas saber a la Cámara de Delegados y a la matrícula de la Asociación a través de su publicación en el Boletín.

El Proyecto de Regionalización se está llevando a cabo con el propósito de mejorar la eficiencia de los servicios que presta el Departamento en los 16 municipios que refieren pacientes al Hospital de Distrito de Bayamón a través de una mejor coordinación. Se están llevando a cabo cambios en la organización de los servicios del Departamento en la Región que asumimos favorecen esta coordinación. Se ha pensado en coordinar los servicios públicos en la región con los servicios privados en áreas que sean mutuamente convenientes tales como programas educativos y de adiestramiento, intercambio de records médicos de pacientes que pasan de un servicio público a uno privado y viceversa, en la normalización de pruebas de laboratorio, etc.

El grupo que realizó el estudio de los servicios en el área de Bayamón recomendó, primero, que se cobrara en los hospitales públicos a aquellos pacientes que estuviesen asegurados, (esta recomendación se refiere a pacientes que por razones mayormente de emergencia tengan que hospitalizarse en los hospitales públicos y no a que los hospitales públicos abran sus puertas a pacientes privados o asegurados) y segundo, que se llevara a cabo un estudio sobre cómo extender el seguro médico en Puerto Rico.

Sobre el primer punto no se ha tomado acción alguna. Las normas* sobre cobro a pacientes asegurados son las mismas que antes de realizarse el estudio. Igualmente los servicios médico-hospitalarios que se prestan a través de facilidades públicas se limitan a personas que se consideren médicamente indigentes excepto en casos de emergencia.

Sobre el segundo punto, la Asamblea Legislativa, a recomendación del Gobernador, ha ordenado un estudio general de los servicios médicos

hospitalarios en Puerto Rico incluyendo *organización, administración, financiamiento*, facilidades físicas y personal, en vez de un estudio limitado a seguro médico. Para realizar el mismo se ha contratado con la Escuela de Medicina Administrativa y Salud Pública de la Universidad de Columbia. Como te he informado en varias ocasiones, la Asociación Médica será invitada a estar representada en el Comité Consultivo del estudio y por ende, estará informada de los hallazgos, y tendrá oportunidad de expresar sus puntos de vista sobre las recomendaciones que surjan del mismo. Los resultados de este estudio y las recomendaciones que surjan del mismo se harán saber al señor Gobernador y a la Asamblea Legislativa, a quienes corresponde decidir sobre este particular.

En cuanto a la afirmación que me dices solicitas de la Fundación Rockefeller sobre asuntos que conciernen exclusivamente al Gobierno de Puerto Rico, sólo puedo repetirte que la Fundación Rockefeller nos asesoró y ayudó económicamente a realizar el estudio de los servicios en el área de Bayamón, y nos está ayudando de igual manera en el Proyecto de Regionalización. La Fundación nada tiene que ver con las decisiones del Gobierno de Puerto Rico sobre las normas y la administración de los servicios médicos hospitalarios que a través de sus facilidades se prestan a la población."

Atentamente,

* La norma ha sido no cobrar en los hospitales a ningún paciente, a pesar de que las leyes vigentes autorizan a hacerlo. No contempla el plan de regionalización, según se está desarrollando, la extensión de los servicios médicos asistenciales y hospitalarios públicos a personas económicamente capacitadas para pagar por estos servicios.

GA

Después de darle mucha consideración a esa carta, la Junta de Directores acordó enviar la siguiente contestación, en fecha reciente:

8 de noviembre de 1958

"Mi estimado Guillermo:

Quisiéramos saber porqué lamentas la acción tomada por la Asociación Médica de Puerto Rico. Hasta la fecha eres tú el único compañero que se ha expresado en esos términos.

Quiero asegurarte que nuestra Cámara de Delegados ha estado en todo momento bien orientada en relación al proyecto de Regionalización, así como también en muchos otros problemas en que está envuelta la salud de nuestros conciudadanos.

Si hay puntos específicos que tú creas poder aclarar ante nuestros delegados en relación al programa de Regionalización en tu calidad de Secretario de Salud de Puerto Rico, el Dr. Enrique Pérez Santiago, a nombre de la Cámara, y este servidor tuyo, a nombre de la Junta de Directores, tendremos sumo placer en invitarte para la reunión el martes 18 de noviembre, en cuya ocasión tendrás la oportunidad de dirigirte a los delegados y de contestar las preguntas que puedan ellos hacerte.

En relación al tercer párrafo de tu carta en el que me explicas lo que está ocurriendo al presente en el proyecto de Regionalización, quiero aclararte que estamos bien al tanto de esos acontecimientos, y que no es a ellos que hacemos alusión en nuestra carta. Lo que nos preocupa y lo que nos hace pedir una definición clara de tu parte es lo que se ha escrito y se ha pensado y expresado sobre lo que será la filosofía de esos servicios médicos en el futuro inmediato, luego que la maquinaria básica que se está tratando de organizar ahora entre en funciones.

Más específicamente, creemos que el derrotero trazado apunta hacia un sistema global de medicina controlado por el estado.

En el cuarto párrafo de tu carta dices que el "grupo que realizó el estudio de los servicios en el área de Bayamón recomendó, primero, que se cobrara en los hospitales públicos a aquellos pacientes que estuviesen asegurados".

Nos parece que el criterio que ejercitas al traducir libremente el texto original en inglés le resta una buena parte del significado de éste (página 14, párrafo 3 del folleto "Operation Regionalization in Puerto Rico", donde dice: "The Government should immediately amend policy so that government hospitals and other institutions *may receive payment for services to patients who are covered by prepayment medical insurance*).

Esta recomendación —la más importante que se hace en el informe— no se refiere a "pacientes que estuviesen asegurados", como traduces en tu carta, sino a "pacientes cubiertos por seguro médico pre-pagado". (Esto concebiblemente puede incluir seguros médicos voluntarios o compulsorios).

Continúas en el mismo párrafo explicando que "esta recomendación se refiere a pacientes que por razones mayormente de emergencia tengan que hospitalizarse en los hospitales públicos y no a que los hospitales públicos abran sus puertas a pacientes privados o asegurados."

Presumo que debemos entender que esa es tu interpretación personal del texto. Ciertamente no se habla de emergencia en ningún sitio de ese tercer párrafo de la página 14. Más aún, "prepayment medical insurance" no tiene nada que ver en absoluto con el tipo de seguro comercial que provee indemnización a un lesionado asegurado o cubierto por el seguro de quien lo lesionó, y de cuya indemnización se pagan los costos de servicios médicos y de hospitalización

Si la recomendación *no* se refiere a que los hospitales públicos abran sus puertas a pacientes privados o asegurados, nos parece que estás en entera libertad de decirnos que los hospitales y centros de salud de tu Departamento *no* abrirán sus puertas a esos pacientes privados o asegurados. O lo que es lo mismo, a que el programa de Regionalización que auspicias en tu Departamento se ocupará, salvo mandato legislativo en el futuro, del mejoramiento de los servicios para los indigentes. Entendiéndose, que nos referimos a los servicios asistenciales y de bienestar público, sin limitar por supuesto las funciones sanitarias, que deben descargarse para beneficio de toda la comunidad.

Finalmente en el último párrafo de tu carta, dices: "La Fundación nada tiene que ver con las decisiones del Gobierno de Puerto Rico sobre las normas y la administración de los servicios médicos hospitalarios que a través de sus facilidades se prestan a la población."

Que sepamos nosotros, nadie ha dicho ni escrito que la Fundación Rockefeller le dicte pautas al Gobierno del Estado Libre Asociado ni a ningún otro gobierno. Lo que sí expresamos en la resolución que presentó nuestro delegado y que fué aprobada unánimemente por la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana fué que se pediría a la Fundación que retirase su ayuda técnica y económica al programa, caso de que no se aclarara que éste se ocuparía exclusivamente de los enfermos indigentes.

Nuestro Comité de Enlace está a tu disposición si deseas traer para consideración algún punto en relación a esta carta, antes o después que nos visites en la Cámara.

Aprovecho la oportunidad para pedirte que en el futuro trabajemos todos juntos aclarando cualquier concepto erróneo que pudiera aparecer en la prensa sobre Regionalización o sobre el criterio de nuestra Asociación (la tuya, la mía, la de todos) en relación a ese o cualquier otro tema de interés médico o de interés público.

Quiero extenderte una cordial invitación para que asistas a los actos de nuestra Asamblea Anual y para que nos acompañes en la mesa presidencial la noche del martes 18 de noviembre, junto a los invitados de honor."

Cordialmente,

No dudo que este cuerpo legislativo seguirá muy de cerca este importantísimo asunto. Es mi esperanza que la información laboriosa que les he brindado, a riesgo de abusar de vuestra paciencia, les sea útil en vuestras decisiones, que estoy seguro serán tomadas basándose en los sanos y nobles principios que rigen la práctica de la profesión.

Estudio Trussell

Habiendo ya autorización oficial y asignación de fondos (Resolución Conjunta Núm. 99, firmada por el honorable Gobernador el 23 de junio de 1958) el honorable Secretario de Salud ha contratado con la Universidad de Columbia para que su grupo de investigadores en Salud Pública y Medicina Administrativa, encabezado por el doctor Roy E. Trussell, lleve a cabo el **estudio final** sobre los servicios médicos asistenciales y los servicios hospitalarios en nuestro país. El personal técnico del Departamento de Salud, bajo la hábil dirección del doctor Francisco Berio, y funcionarios de otras dependencias de Gobierno participarán muy activamente en el estudio.

Como ustedes recordarán, el estudio preliminar lo había llevado a cabo el mismo grupo de la Universidad de Columbia, durante el período de julio a noviembre de 1957. De ese estudio preliminar surgieron las recomendaciones para el estudio final, según extenso informe rendido en diciembre de 1957.

La Resolución núm. 29 aprobada el 14 de junio de 1957 había expresado la preocupación del gobierno "sobre cuál debe ser

la norma a largo plazo para la organización, el funcionamiento y la distribución equitativa de los servicios médico-hospitalarios".

El Secretario de Salud, en carta del 18 de agosto, nos informó oficialmente que se estaba creando un Comité Asesor del Estudio sobre la Asistencia Médico-Hospitalaria en Puerto Rico, y que la Asociación Médica tendría representación oficial en ese comité.

El 16 de septiembre sometimos por carta al doctor Arbona el acuerdo de la Junta de Directores de sugerir al doctor Fernández Cerra y al que les habla para representar a nuestra Asociación en ese comité. En esa carta expresamos también lo siguiente al doctor Arbona:

> "Aprovecho la oportunidad para reiterarte nuestro interés en participar lo más activamente posible no sólo en el análisis e interpretación de la información que se obtenga a través del estudio, sino incluso en la delineación de los objetivos específicos del trabajo que se llevará a cabo, así como de la mecánica que se utilice para la obtención de los datos."

El 30 de octubre recibimos una comunicación del doctor Arbona aceptando nuestra representación en el Comité y citándonos para la primera reunión el 14 de noviembre.

Considero de extraordinaria importancia el que nuestra Asociación participe en el estudio y el que se nos dé la oportunidad de exponer nuestro criterio a la luz de la información que se obtenga y en perspectiva con las normas que creemos nosotros que deben regir en la práctica de nuestra profesión.

Servicios Médicos a Veteranos

Durante este año el Comité de Servicios Médicos y su subcomité a cargo de Servicios Médicos a los Veteranos, presididos por el doctor José M. Berio y el doctor Jaime F. Pou, respectivamente, han continuado en activa labor en unión a esta presidencia. Hemos insistido en que se negocien los servicios médicos a veteranos, con excepción de los que se rinden en la Administración y su Hospital San Patricio, a través de la Asociación Médica y a base de una tabla de honorarios similar a la de la Asociación Nacional de Escudo Azul y a la de Medicare, pero con factor de conversión diferente.

En carta que dirigiéramos al doctor Serra Chavarry, Manager de la Administración de Veteranos, con fecha 8 de agosto, resumíamos nuestra posición en la siguiente forma:

> "1. The Puerto Rico Medical Association insists on the consideration by the Veterans Administration of the Blue Shield Commission format and our schedule of fees as presented to you.

"2. We would like to stress the fact that our proposition is directed not only to the medical attention rendered on an outpatient basis by designated medical officers in their own offices, but also to medical attention rendered to patients hospitalized in contract hospitals under the care of any bona fide physicians who may be practicing in the Commonwealth of Puerto Rico.

"3. The format that we have presented is of great practical significance in Puerto Rico, inasmuch as the majority of our veterans are receiving medical attention in contract hospitals by freely practicing physicians.

"4. The Puerto Rico Medical Association does not in any way pretend to alter the day to day operations of your conventional Regional Office clinics or of the San Patricio Hospital.

"5. The Puerto Rico Medical Association reiterates its objection to negotiate any contract on the basis of the present format of the V.A.

"6. The Puerto Rico Medical Association again expresses its desire to negotiate with the V.A. for the 1960 contract on the basis of the Blue Shield Commission format."

El doctor Serra Chavarry y el doctor Chaves han ofrecido en todo momento su valiosa cooperación en las gestiones que hemos emprendido.

Conferencia Sanitaria Panamericana

Durante el mes de septiembre cupo a nuestro país el señalado honor de ser en este año la sede de tan importante conferencia, en la cual no sólo se informa el progreso de la labor sanitaria del Nuevo Mundo, sino que se estrechan los lazos de confraternidad entre médicos de los países americanos.

La Asociación Médica Mundial se dirigió a nuestra Asociación solicitando nombrásemos un observador que la representara en la Conferencia. Esta encomienda fué hábilmente desempeñada por nuestro próximo presidente, el doctor Fernández Cerra, para quien el Secretario General, Dr. Louis Bauer, ha tenido frases de gratitud y elogio.

Vuestro presidente fué honrado con la designación de miembro asesor de la Delegación de los Estados Unidos. Vuestra Asociación auspició un simpático y cordial ágape, al cual concurrieron miembros de todas las delegaciones y de la oficialidad de la Conferencia.

A nuestro compañero el doctor Guillermo Arbona, quien realizó brillante esfuerzo en la organización de la Conferencia, le cupo el honor de presidir las deliberaciones de la conferencia.

Estamos convencidos que nuestros médicos, nuestra organización sanitaria, y nuestro país han ganado prestigio y buenas relaciones internacionales con esta Conferencia.

Seminario de Medicina Industrial

Merece elogio la iniciativa que se tomó este año la Comisión Industrial y el trabajo realizado por sus Comisionados y por su Director Médico, doctor Hirám Vázquez Milán, organizando un primer Seminario de Medicina Industrial en nuestro país. Participaron distinguidos miembros de nuestra clase médica en los programas científicos y nuestra Asociación brindó su domicilio para una buena parte de la labor que se llevó a cabo. Actividades de este tipo cobran palpitante actualidad en vista de la rápida industrialización de nuestra Isla.

Panel sobre Principios Eticos y Problemas Socio-Económicos

Consciente nuestra Junta de Directores de la necesidad de que nuestros miembros conozcan en detalle todos los aspectos de nuestro noble Código de Etica y de que se interesen cada vez más como ciudadanos y como médicos en los problemas socio-económicos de la medicina, ideó preparar un panel sobre esos tópicos como parte de nuestro programa en la Asamblea Anual.

Su preparación ha tomado considerable tiempo y esfuerzo por parte de los miembros del panel, en especial de nuestro moderador, el doctor José M. Torres, quien inexorablemente nos ha fustigado hasta lograr rendimiento máximo.

Esperamos sumo interés de parte de la matrícula en este aspecto del programa.

Visita del Presidente Electo de la A.M.A.

Este año nuestra Asamblea Anual se ve honrada con la visita del doctor Louis M. Orr, destacada figura en la medicina organizada. El doctor Orr se dirigirá a nuestra matrícula sobre "The Commonwealth of Medicine".

Mejoras de Equipo y Facilidades

Nuestro comité de Club Médico ha estado activo bajo la dirección del doctor Andrés H. Montalvo, mejorando las facilidades físicas y de mobilario y redecorando nuestro salón social.

La Junta de Directores autorizó, en acuerdo con el Comité de Edificio, hacer ciertos arreglos en nuestro salón de conferencias, incluyendo la instalación de nuevas butacas.

La oficina del Presidente ha adquirido las Leyes anotadas de Puerto Rico, en el convencimiento de que estos volúmenes facilitarán y harán más provechosa y fructífera la labor del Comité de Legislación y de nuestra Directiva.

Hemos escogido unos nuevos distintivos con el emblema de nuestra Asociación artísticamente reproducido en medallón de bronce y con cintas de identificación para ser usados por los médicos asociados durante nuestra asamblea.

De acuerdo con el señor presidente de la Cámara hemos trazado ciertas normas administrativas para la Cámara, particularmente en relación a la tramitación de resoluciones y a la presentación de informes más completos por los presidentes de muchos de los comités. Esperamos que estos arreglos sean de vuestro agrado y que conduzcan a una mejor labor por parte de esta Cámara.

Día del Médico

Vuestra Junta de Directores, el Comité de Relaciones Públicas y las Directivas de las Asociaciones de Distrito discretamente cooperaron con varias entidades cívicas en la celebración de este día en el primer domingo de septiembre. Hubo varios actos religiosos a través de la isla. Se depositó una ofrenda floral en la tumba del Dr. M. Quevedo Báez a nombre de todos los médicos puertorriqueños y en memoria y sentido homenaje hacia todos los compañeros fenecidos.

Merece especial mención el simpático acto del Club Rotario de Arecibo, en el cual se homenajearon todos los médicos del Distrito Norte y en el que fué invitado de honor uno de nuestros ilustres ex-presidentes, el Dr. Oscar Costa Mandry, con motivo de la señaladísima distinción de que había sido objeto al elegírsele "Científico Clínico del Año" por la Sociedad Americana de Patólogos Clínicos.

Nos parece que en años venideros, el Comité de Relaciones Públicas debe intentar como parte de la programación de este día, el dramatizar por la radio, prensa y televisión algunas de las fases de la labor que rinde el médico.

Director Ejecutivo

Vuestra Directiva ha laborado asíduamente tratando de conseguir, según mandato vuestro, un candidato que reúna requisitos excepcionales, tal cual lo exige la responsabilidad de este cargo, y que esté en disposición de aceptar la encomienda. Nos hemos inclinado a creer que el cargo debe desempeñarlo un médico asociado.

Vuestra Junta de Directores cree firmemente que este es un problema urgente, ya que se hace necesario que a la mayor brevedad posible se refuerze nuestra maquinaria administrativa, de suerte que nuestra Asociación pueda atender a cabalidad los múlti-

ples y complejos problemas que tenemos que resolver si es que vamos a convertir en realidad nuestro ideal de superación de servicios médicos.

✧ ✧ ✧

Antes de despedirme de ustedes quiero expresar el testimonio de mi profundo agradecimiento a mis compañeros de Directiva, a todos los miembros de nuestros varios comités, y en especial a los entusiastas presidentes de esos comités, por la forma desinteresada, consecuente y brillante con que han laborado, animados todos por un profundo ideal de servicio.

Como siempre, la labor de nuestro querido Secretario Ejecutivo, señor Jesús Sánchez, ha sido extraordinariamente hábil y fecunda, poniendo en evidencia una vez más su dedicación y lealtad a nuestra Asociación.

El timón queda en las habilísimas manos de nuestro querido amigo, el doctor Eugenio Fernández Cerra. Trabajemos todos con renovado ahinco a su lado, con mayores inquietudes espirituales, y con la ecuanimidad de los que abrazan causas nobles y justas.

Muchas gracias

LUIS R. GUZMAN LOPEZ, M.D.
Presidente

INFORME DEL COMITE DE SERVICIOS MEDICOS

Introducción

Por el hecho de vivir en un país donde rigen y se respetan los principios democráticos todo ciudadano tiene el derecho a escoger y a proporcionarse el mejor servicio médico posible dentro de sus medios, al igual que se provee él mismo las necesidades básicas de abrigo, alimento y techo de acuerdo a los principios sociales establecidos en su comunidad. De igual manera los que prestan ese servicio médico, los médicos, tienen el derecho a determinar cuál es la forma o formas más adecuadas de rendir ese servicio. En este aspecto, la profesión médica no puede delegar su liderato en ninguna persona o grupo organizado. Es nuestra obligación evitar que se establezcan sistemas de servicio médico de tipo burocrático que conducen a la práctica de una medicina de calidad mediocre y donde se ignoran principios fundamentales de la ética médica que garantizan al paciente un servicio de calidad superior. Es también nuestra obligación conseguir que se modifiquen, donde fuera necesario, los distintos organismos que prestan servicios médicos para que funcionen en armonía con estos principios de ética. De igual manera y más importante aún, es nuestro deber fomentar e instrumentar el establecimiento de organizaciones que hagan posible que todo ciudadano pueda proveerse de atención médica en un clima de libertad de criterio y al mismo tiempo dentro de sus medios económicos.

Estas consideraciones demandan un estudio detallado por nuestra Asociación Médica de Puerto Rico de todos los sistemas o modalidades de planes de servicio médico establecidos o que puedan establecerse, y la formulación de normas para estos planes compatibles con la práctica de una buena medicina. **Para que esto sea efectivo se necesita el apoyo incondicional de la inmensa mayoría de los miembros de la profesión médica.** Es ésta una gran oportunidad para ofrecer una gran contribución a nuestro pueblo y al mismo tiempo salvar a nuestra profesión de intromisiones indeseables de individuos o grupos de individuos con ideas contrarias a los más elevados principios de democracia y de la libre empresa tan esencial para el progreso en cualquier campo profesional.

Entendemos que es la responsabilidad de nuestro gobierno proveer asistencia médica a aquellos a quienes la suerte les ha sido adversa y no cuentan con los medios para acogerse a los beneficios que ofrecen los distintos planes de servicio médico voluntario en la comunidad. La participación del gobierno en la prestación de servicios médicos al resto de la población debe ser una de orientación y fiscalización para evitar y corregir las fallas administra-

tivas que pudiera haber en las distintas organizaciones dedicadas a tales fines. **Si se recurre a la centralización como el medio más rápido de resolver los problemas de asistencia médica a toda la población es inevitable la creación de un monstruo burocrático a la sombra del cual deteriorarán los servicios médicos en Puerto Rico.**

Objetivos del Comité de Servicios Médicos

El Comité de Servicios Médicos se ha trazado los siguientes objetivos:

1—Establecer normas que garanticen atención médica adecuada a toda la población.

2—Investigar asuntos relacionados con el aspecto socio-económico de la práctica de la medicina y hacer las recomendaciones pertinentes.

3—Estudiar las formas de rendir un mejor servicio médico a toda la población y determinar lo más apropiado en nuestra localidad.

4—Ayudar al desarrollo de los hospitales consiguiendo que llenen los requisitos de acreditación, que acepten los principios de la ética médica y como consecuencia lógica se ofrezca un mejor servicio hospitalario a la comunidad.

Principios de ética médica:

Hay conceptos fundamentales que regulan las relaciones entre médico y paciente que deben observarse en todo momento. Algunos de estos conceptos se ofrecen a continuación por ser estos los que con mayor frecuencia se violan en nuestro medio ambiente:

1—Free choice of physician

Free choice of physician is defined as that degree of freedom in choosing a physician which can be exercised under usual conditions of employment between patients and physicians. The interjection of a third party who has a valid interest, or who intervenes between the physician and the patient does not per se cause a contract to be unethical. A third party has a valid interest when, by law or voltion, the third party assumes legal responsibility and provides for the cost of medical care and indemnity for occupational disability.

2—Purveyal of medical service

A physician should not dispose of his professional attainments or services to any hospital, lay body, organization, group

or individual, by whatever name called, or however organized, under terms or conditions which permit exploitation of the services of the physician for the financial profit of the agency concerned. Such a procedure is beneath the dignity of professional practice and is harmful alike to the profession of medicine and the welfare of the people.

3—Contract practice

Contract practice as applied to medicine means the practice of medicine under an agreement between a physician or a group of physicians, as principals or agents, and a corporation, organization, political subdivision or individual, whereby partial or full medical services are provided for a group or class of individuals on the basis of a fee schedule or for a salary or for fixed rate per capita.

Contract practice per se is not unethical. Contract practice is unethical if it permits of features or conditions that are declared unethical in the Principles of Medical Ethics of the AMA; or if the contract or any of its provisions causes deterioration of the quality of the medical services rendered.

4—Advertising

Solicitation of patients directly or indirectly, by a physician, by groups of physicians, or by institutions or organizations is unethical. This principle protects the public from the advertiser and salesman of medical care by establishing an easily discernible and generally recognized distinction between him and the ethical physicians.

Planes de Servicio Médico:

El desarrollo social y económico de los últimos años hace necesario una revisión de nuestros conceptos en relación a las formas de prestar asistencia médica. El advenimiento de planes prepagados de seguro médico y fondos de reserva para cubrir los costos de servicio médico han introducido nuevos factores en las relaciones entre médico y paciente. Quizás el factor más importante es la presencia de una tercera persona que interviene en los arreglos financieros. El concepto básico que debe prevalecer es que los fondos destinados para estos servicios no se utilizarán como una fuente de lucro por individuos u organizaciones; y sí para cubrir los costos de estos servicios. Un gran espíritu de cooperación y comprensión debe existir entre las partes envueltas, si los

mejores intereses del paciente y de la medicina en general van a servirse efectivamente.

Tipos de organizaciones que prestan servicios médicos en Puerto Rico:

1—Gobierno ("Tax supported plans")

A— Estatal
B— Municipal
C— Federal

a. Veteranos
b. Medicare
c. Otros

2— Cooperativas y planes similares
3— Planes de uniones e industriales
4— Otras instituciones privadas (Hospitales, etc.)

a— con fines lucrativos
b— con fines no lucrativos

5—Planes de seguro médico

a— con fines lucrativos
b— con fines no-lucrativos



NORMAS QUE DEBEN REGIR LOS PLANES DE SERVICIO MEDICO BAJO EL CONTROL DEL GOBIERNO (ESTATAL Y MUNICIPAL)

I—Administración

1—El servicio médico que se le rinde al indigente debe ser administrado por la agencia gubernamental destinada a tales fines, municipal o estatal. El programa de servicio de salud debe ser dirigido por personas con amplios conocimientos de asistencia médica y debe mantener supervisión por médicos de todos los aspectos médicos en la administración de dicho programa.

2—Es recomendable el nombrar comité profesionales consultivos para orientar y aconsejar en los diferentes aspectos del programa.

3—Reuniones periódicas entre la agencia administradora y los grupos profesionales y de hospitales que prestan el servicio debe ser una parte integral del programa.

II—**Funcionamiento**

1—Los métodos a emplearse en el financiamiento de dichos servicios de salud se determinarán por la agencia gubernamental, estatal o municipal.

2—Los sueldos a pagar, según lo determine la Oficina de Personal del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y el Departamento de Salud de Puerto Rico en el caso del gobierno estatal o la Administración Municipal en el caso del gobierno municipal, deberán ser razonables. Los representantes designados por los médicos que presten estos servicios deberán tener el derecho a exigir audiencias para exponer sus puntos de vista para lograr mejorar las remuneraciones de considerarse las mismas inadecuadas.

III—**Elegibilidad**

1—La elegibilidad para recibir el servicio se basará en el estado económico de la persona, se determinará por la agencia pública responsable y la misma se revisará periódicamente. Serán elegibles a recibir el servicio médico gratuíto solamente los indigentes de acuerdo con las normas establecidas.

2—Las normas de elegibilidad se aplicarán por igual y sin discriminación a todos los solicitantes.

3—El proceso para determinar la elegibilidad económica debe ser rápido y no deberá retardar el servicio a prestarse. Una emergencia bona fide en un caso que no llene los requisitos de elegibilidad será atendido hasta tanto cese el período de emergencia, como un servicio al ciudadano.

IV—**Servicios a prestarse**

1—Los servicios se organizarán y administrarán de manera que se consiga un máximum de economía, sin sacrificar la calidad de la atención médica prestada.

2—El cuidado prestado al paciente debe llenar los más altos standards en calidad y será comparable a otros servicios prestados en la comunidad. Estos standards se determinarán conjuntamente por el grupo profesional encargado y la agencia administradora.

3—La atención médica será prestada por médicos cirujanos legalmente autorizados para ejercer la medicina.

4—Para mejor conservar la salud del grupo de pacientes atendido debe recabarse la cooperación de médicos, dentistas, enfermeras, hospitales y departamentos de salud pública para iniciar campañas educativas en el campo de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico precoz, rehabilitación y otros.

5—La agencia administradora del programa, los individuos y las instituciones que presten el servicio protegerán los derechos y dignidad del paciente, incluyendo la información de carácter confidencial en los expedientes clínicos.

✧ ✧ ✧

NORMAS QUE DEBEN REGIR LOS PLANES DE SERVICIO MEDICO BAJO EL CONTROL DEL GOBIERNO FEDERAL

Las normas establecidas para los planes de servicio médico estatal se aplican en principio a este caso, con algunas modificaciones:

1—Este comité recomienda que se adopte la política oficial de la AMA en cuanto a elegibilidad para servicio a los veteranos.

a. Serán elegibles a recibir servicio médico aquellos veteranos con incapacidad adquirida o agravada durante el servicio militar.

b. Serán elegibles también, según lo permitan las facilidades disponibles, aquellos veteranos que sufran de tuberculosis, y condiciones neurosiquiátricas no relacionadas con el servicio militar cuando la condición económica de estos individuos no les permita pagar por estos servicios.

c. La responsabilidad de proveer servicio médico a los veteranos no cubiertos en los dos grupos arriba mencionados reside en el individuo o en la comunidad (gobierno, etc.) según sea el caso.

2—La Asociación Médica estatal en representación de los médicos negociará la escala de honorarios a establecerse para dichos planes (Veteranos, Medicare, etc.).

✧ ✧ ✧

NORMAS PARA LOS PLANES DE SALUD PATROCINADOS POR AGRUPACIONES DE CONSUMIDORES (COOPERATIVAS Y PLANES SIMILARES)

1—El plan funcionará con fines no pecuniarios. El excedente que hubiere se utilizará para mejorar los servicios, ofrecer compensación adecuada a los médicos y para aumentar los beneficios o las reservas.

2—El plan debe cumplir con los principios de ética de la A.M.A.

3—Si el plan es incorporado, debe ser financiado sin capital nominal en acciones.

4—La operación del plan será por administración autónoma con fondos segregados y se dedicará exclusivamente a rendir servicio médico.

5—Los gastos de promoción, venta y administración, se mantendrán en un mínimo.

6—El servicio médico debe ser de calidad superior
a. Todos los médicos participantes estarán legalmente autorizados a ejercer la profesión en Puerto Rico.
b. Todo especialista estará debidamente cualificado.

7—El plan proveerá todos los servicios estipulados en el contrato.

8—En el contrato con el beneficiario, los servicios y beneficios a ofrecerse estarán claramente especificados. Todas las limitaciones del plan como períodos de espera, etc., estarán claramente especificados.

9—Las cuotas estarán claramente estipuladas en el contrato Estas serán adecuadas para poder proveer los beneficios y servicios ofrecidos y para asegurar un financiamiento sólido.

10—El material de promoción no mencionará la habilidad, cualificaciones, etc., de los médicos asociados al plan.

11—Los médicos serán remunerados en cualquier forma que no viole los principios de ética de la AMA, relacionados con la práctica contractual.

12—Cualquier médico debidamente autorizado para ejercer la medicina que desee participar en el plan, que llene los requisitos profesionales y personales, y que se comprometa a cumplir las disposiciones del plan, deberá ser admitido al mismo si las necesidades de este lo justifican.

13—Los nombres de todos los médicos participantes estarán accesibles a los beneficiarios. El beneficiario tendrá, dentro de límites razonables, libre selección entre los médicos participantes.

14—La Junta de Directores del plan no intervendrá en los asuntos profesionales del grupo de médicos participantes. La tradicional y confidencial relación entre médico y paciente será mantenida.

15—Se tomarán providencias adecuadas para conseguir una participación efectiva de los médicos participantes en las deliberaciones de la Junta de Directores. Es aconsejable que la Junta de Directores cuente entre sus miembros con representantes de la profesión médica.

16—Los servicios que no estén cubiertos por el plan y que sean prestados por médicos, se pagarán por el beneficiario.

17—Cualquier hospital del plan, ya sea propiedad del mismo o bajo contrato por éste llenará los standards establecidos en la comunidad.

18—Los fondos de reserva se invertirán en "securities".

19—Todo plan que aspire tener el endoso y la confianza de la Asociación Médica de Puerto Rico deberá aceptar evaluaciones periódicas y se comprometerá desde sus comienzos a seguir las pautas trazadas por un organismo de acreditación de la Asociación

Médica de Puerto Rico en consulta con representantes de los directores del plan.



NORMAS PARA PLANES DE SALUD DE UNIONES E INDUSTRIALES

I—Organización

1—La organización de estos planes estará de acuerdo con las leyes vigentes y con los principios de ética médica de la AMA.

2—El plan funcionará con fines no pecuniarios. El excedente que hubiere se utilizará para mejorar los servicios, ofrecer compensación adecuada a los médicos, para aumentar los beneficios o para reservas.

3—Estos planes deben hacer los arreglos necesarios (seguro, etc.) para cubrir el servicio hospitalario además del servicio médico-quirúrgico. Estas dos fases deben estar segregadas aunque pueden ser administradas conjuntamente.

II—Escala de honorarios

La escala de honorarios establecida será aceptable a la Asociación Médica estatal, a las uniones, y a los patronos.

III—Servicio Médico

1—Todo lo concerniente al trabajo médico estará bajo la supervisión y control de los médicos participantes de la organización. Estos velarán porque se preste un servicio médico adecuado.

2—La Junta de Gobierno y la Facultad Médica estarán debidamente organizadas siguiendo las recomendaciones de la "Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales". Es deseable que la Junta de Gobierno esté compuesta no solamente por representantes del grupo laico que controla los fondos, representantes de los médicos, y el administrador, sino que debe también incluir entre sus miembros representantes de la comunidad que puedan contribuir al mejor funcionamiento del plan.

3—Se establecerá un comité de arbitraje, para resolver las controversias y quejas que surjan de los grupos envueltos. La Asociación Médica estatal estará dispuesta a nombrar comités para ayudar a resolver estas controversias.

4—Cualquier médico debidamente autorizado para ejercer la medicina en Puerto Rico que desee participar en el plan, que llene los requisitos profesionales y personales y que se comprometa a cumplir las disposiciones del plan, deberá ser admitido al plan si las necesidades del mismo lo justifican.

5—Cualquier hospital del plan, ya sea propiedad del mismo o bajo contrato con este llenará los standards establecidos en la comunidad.

6—Todo plan que aspire tener el endoso y la confianza de la Asociación Médica de Puerto Rico deberá aceptar evaluaciones periódicas y se comprometerá desde sus comienzos a seguir las pautas trazadas por un organismo de acreditación de la Asociación Médica de Puerto Rico, en consulta con representantes de los directores del plan.

✧ ✧ ✧

NORMAS PARA OTRAS INSTITUCIONES PRIVADAS QUE PRESTAN SERVICIO MEDICO

A—Instituciones con fines lucrativos

I—Organización

1—Su organización deberá estar de acuerdo con las leyes vigentes y con los principios de ética de la AMA.

2—Su Facultad Médica y su Junta de Gobierno estarán debidamente organizadas para llenar los requisitos establecidos por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales.

3—El servicio de hospital incluirá únicamente lo siguiente: facilidades de habitación, comidas, sala de operaciones, medicinas, material quirúrgico y servicio de enfermería.

II—Servicio Médico

1—El médico no prestará servicios profesionales a un hospital, corporación o grupo laico bajo condiciones que permitan a dicha agencia vender por una tarifa los servicios prestados por ese médico. Esto constituirá la explotación de ese médico por la agencia.

2—Todo lo concerniente al trabajo médico (profesional), estará bajo la supervisión y control de la facultad médica de la organización. Esta establecerá las pautas que conduzcan a prestar un servicio médico de calidad superior.

B—Instituciones con fines no lucrativos

Su organización debe establecer claramente que son instituciones con fines no lucrativos.

Las normas aplicables a este tipo de plan de servicio médico son esencialmente las anteriormente establecidas para los planes con fines lucrativos.

Por considerar que las organizaciones sin fines lucrativos fueron establecidas con el propósito primordial de prestar un servicio al paciente, y funcionan bajo el liderato de organizaciones cívicas o líderes en la comunidad hay que diferenciarlas de aquellas con fines lucrativos.

Deben estas organizaciones con fines no pecuniarios establecer en sus artículos de incorporación lo siguiente:

1—Que no intervendrán en las relaciones profesionales entre médico y paciente.

2—Que limitarán sus actividades corporativas a los aspectos administrativos del servicio médico.

3—Los médicos que trabajen en estas instituciones serán remunerados en cualquier forma que no viole los principios de ética de la AMA relacionados con la práctica contractual.

✧ ✧ ✧

PLANES DE SEGURO MEDICO PRE-PAGADO VOLUNTARIOS

En relación a los planes de seguro médico, hemos considerado que corresponde al "Comité de Planes de Seguro Médico" hacer las recomendaciones pertinentes:

Conclusiones:

Las recomendaciones hechas en relación a los distintos planes de servicio médico son generales y elásticas. La implantación de las mismas está sujeta a que se establezcan las mejores relaciones con los distintos grupos que administran estos planes y que ellos vean **la importancia de una acción coordinada de todos los participantes para poder prestar un mejor servicio médico.**

Recomendamos lo siguiente:

1. Que una vez aceptadas estas normas de funcionamiento para los planes de servicio médico, con las modificaciones que se introduzcan, se estructure un mecanismo por el cual se lleven a la práctica. Es aquí donde **se necesita el respaldo absoluto de la matrícula de nuestra Asociación y la cooperación decidida de las organizaciones que prestan estos servicios.**

2. Es necesario obtener una opinión legal antes de implantar estas normas.

3. Este comité recomienda que los miembros de nuestra Asociación participen profesionalmente única y exclusivamente en aquellas modalidades o planes de servicios médicos que cuenten con la aprobación de la Asociación Médica. Participación de parte de un compañero en alguna modalidad de servicios médicos que no

esté de acuerdo con los principios éticos, socio-económicos y morales de nuestra profesión y que no esté aprobado por nuestra Asociación, estará sujeta a las sanciones que la Cámara de Delegados y la Junta de Directores crean pertinentes en el caso.

COMITE DE SERVICIOS MEDICOS

José M. Berio, M.D.
F. Hernández Morales, M.D.
Jaime F. Pou, M.D.
Francisco Berio, M.D.
J. Alvarez de Choudens, M.D.
Rafael Díaz Bonnet, M.D.
J. R. González Giusti, M.D.
Néstor H. Méndez, M.D.
Luis F. Sala, M.D.
E. Colón Yordán, M.D.
F. A. Rodríguez Forteza, M.D.

BECAUSE HE
NEVER DELIVERS
A STANDARD MODEL...

No two babies are exactly alike . . . every baby is an individual. Determining the individual needs of the newborn is a matter that should be left solely to the baby's physician, who understands those needs best.

This is why so many physicians rely on evaporated milk as an ideal base for infant formulas.

Flexible beyond any ready-made preparation for infant feeding, evaporated milk enables the physician to determine the type and amount of carbohydrate, the degree of dilution of each baby's formula.

Evaporated milk provides the sound base of vital whole-milk nourishment with the higher level of protein recommended when infants are bottle-fed.

50 million babies have thrived on evaporated milk.





PET MILK COMPANY • ARCADE BUILDING • ST. LOUIS 1, MISSOURI

Distribuidores: B. FERNANDEZ & HNOS., INC.
San Juan, Puerto Rico

Bíolac...

la fórmula completa y sencilla para la alimentación infantil

Bíolac es una fórmula fácil de preparar, la cual satisface todas las necesidades nutritivas del lactante. Es leche pura de vaca en forma de polvo, modificada para asemejarse a la leche materna en sus características nutritivas y digestivas.

Bíolac contiene abundante proteína para el desarrollo vigoroso . . . un nivel reducido de grasa para fácil digestión . . . lactosa, vitaminas y hierro adicionados para dar satisfacción *completa* a las necesidades nutritivas.

Debido a que no hay ingredientes adicionales que considerar en su fórmula, Bíolac se prepara rápidamente con la sola adición del agua . . . la madre simplemente agrega el agua al preparar las tomas.

Recomiende Bíolac con absoluta confianza . . . la fórmula que por sí sola satisface *completamente* las necesidades nutritivas del lactante!

Bíolac

LECHE EN POLVO MODIFICADA
UN ALIMENTO INFANTIL COMPLETO

Bíolac

el alimento infantil completo

Para informes profesionales completos sobre BÍOLAC, sírvase escribir a
THE BORDEN FOOD PRODUCTS COMPANY
Division of The Borden Company
350 Madison Avenue, New York, N. Y., E. U. A.

Distribuidores para Puerto Rico:
PLAZA PROVISION COMPANY, **Fortaleza 104, San Juan, P. R.**

STATEMENT REQUIRED BY THE ACT OF AGUST 24, 1912, AS AMENDED BY THE ACTS OF MARCH 3, 1933, AND JULY 2, 1946 (Title 39, United States Code, Section 233) SHOWING THE OWNERSHIP, MANAGEMENT, AND CIRCULATION OF

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO, published MONTHLY at SAN JUAN, PUERTO RICO.

1. The names and addresses of the publisher, editor, managing editor, and business managers are:

Name	Address
Publisher: ASOCIACION MEDICA DE P. R.,	P.O. Box 9111—Santurce, P. R.
Editor: Dr. Agustín M. de Andino	P.O. Box 9111—Santurce, P. R.
Managing editor: Mr. Jesús A. Sánchez	P.O. Box 9111—Santurce, P. R.
Business manager: Mr. Jesús A. Sánchez	P.O. Box 9111—Santurce, P. R.

2. The owner is:

Name	Address
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO	P.O. Box 9111—Santurce, P. R.

(Sgnd) **Jesús A. Sánchez**
Business Manager

Sworn to and subscribed before me this 26th day of September, 1958.

(Sgnd.) **Richard J. González**
Attorney

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

VOL. 50 DICIEMBRE, 1958 No. 12

ENTERED AS SECOND CLASS MATTER, JANUARY 21, 1931 AT THE POST OFFICE AT SAN JUAN, PUERTO RICO UNDER THE ACT OF AUGUST 244, 1912.

JUNTA EDITORA

OFICINA ADMINISTRATIVA:

Edificio de la Asociación Médica de Puerto Rico, Ave. Fernández Juncos Parada 19, Apartado de Correos 9111, Santurce, P. R.

FECHA DE PUBLICACION:

Día último de cada mes.

TRABAJOS ORIGINALES:

Los trabajos originales deben ser enviados al presidente de la Junta Editora, Apartado de Correos 9111, Santurce, P. R., o entregarse directamente en la Secretaría de la Asociación Médica, Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce. P. R.

Los originales deben venir escritos a máquina, a doble espacio.

No se devuelven originales. Los autores son responsables de las opiniones que emitan en sus artículos. Ningún artículo publicado en el Boletín podrá ser reproducido sin la previa autorización escrita del Presidente de la Junta Editora.

CITAS BIBLIOGRAFICAS:

Las citas bibliográficas deberán mencionar, en el siguiente orden de sucesión: apellido del autor; iniciales de sus nombres; título del trabajo; título del periódico (abreviado); volumen, página y año. Las citas llevarán un número de acuerdo a su orden de presentación en el texto y correspondiente a la numeración colocada al final.

Ejemplo: 1. Koppisch, E.: Pathology of Arteriosclerosis, Bol. Asoc. Med. de P. R., **46**: 505, (Noviembre) 1954.

ILUSTRACIONES:

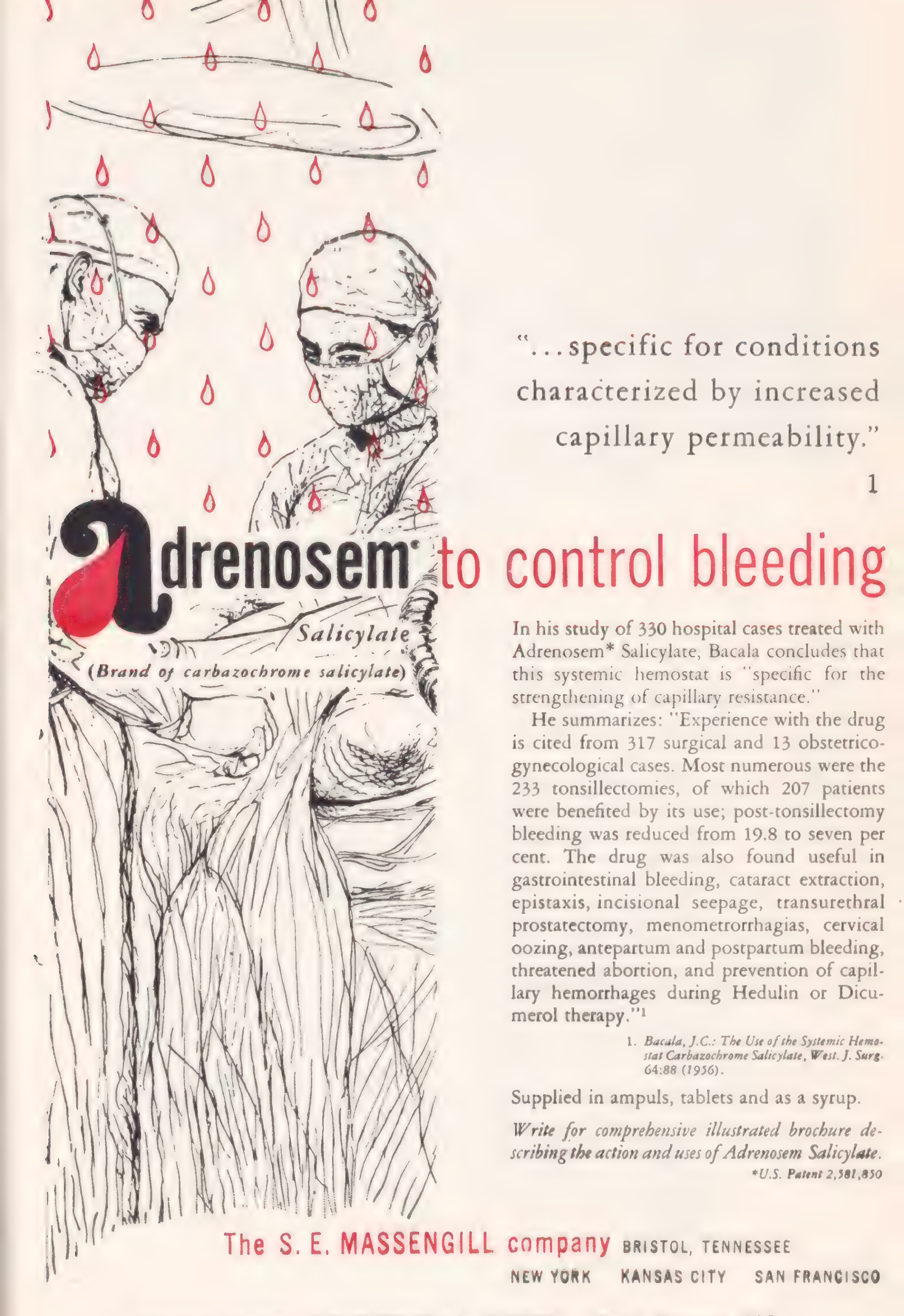
Las fotografías que acompañen el artículo deberán estar bien presentadas. Los dibujos y esquemas deberán estar hechos en tinta negra sobre papel blanco. Todas las ilustraciones deberán estar numeradas y se deberá indicar la parte superior de las mismas. Cada ilustración deberá venir acompañada de la leyenda correspondiente.

ANUNCIOS Y SUSCRIPCIONES:

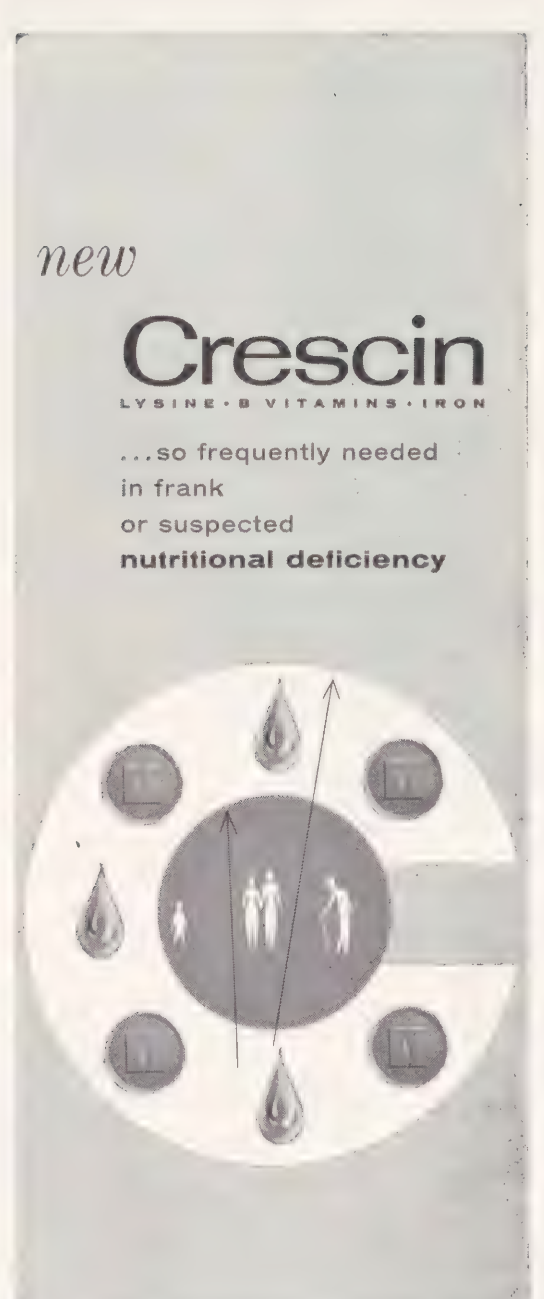
Información en relación con anuncios y suscripciones será suministrada a solicitud en la Secretaría de la Asociación. Todo material de anuncio está sujeto a la aprobación de la Junta Editora.

SUSCRIPCION:

$5.00 al año.



"...specific for conditions characterized by increased capillary permeability." 1
Adrenosem® to control bleeding
Salicylate
(Brand of carbazochrome salicylate)
In his study of 330 hospital cases treated with Adrenosem* Salicylate, Bacala concludes that this systemic hemostat is "specific for the strengthening of capillary resistance."
He summarizes: "Experience with the drug is cited from 317 surgical and 13 obstetrico-gynecological cases. Most numerous were the 233 tonsillectomies, of which 207 patients were benefited by its use; post-tonsillectomy bleeding was reduced from 19.8 to seven per cent. The drug was also found useful in gastrointestinal bleeding, cataract extraction, epistaxis, incisional seepage, transurethral prostatectomy, menometrorrhagias, cervical oozing, antepartum and postpartum bleeding, threatened abortion, and prevention of capillary hemorrhages during Hedulin or Dicumerol therapy."[1]
1. Bacala, J.C.: The Use of the Systemic Hemostat Carbazochrome Salicylate, West. J. Surg. 64:88 (1956).
Supplied in ampuls, tablets and as a syrup.
Write for comprehensive illustrated brochure describing the action and uses of Adrenosem Salicylate.
*U.S. Patent 2,581,850
The S. E. MASSENGILL company BRISTOL, TENNESSEE
NEW YORK KANSAS CITY SAN FRANCISCO
Distribuidores: COMMERCIAL GODEL - Calle Europa 802
Tel. 3-1061 — Santurce, P. R.
P. O. Box 1081 — San Juan, P. R.



a new lysine-fortified nutritional rehabilitant for all age groups from infancy through old age

Indications:

In infancy, childhood, convalescence, pregnancy, lactation and senility to

- increase appetite and food intake when specific deficiencies are present
- correct anorexia and retarded growth resulting from certain nutritional deficiencies
- increase intake of essential nutrients
- promote better utilization of protein
- combat nutritional deficiencies during stress conditions

In pleasant-tasting fruit-flavored tablets and drops.

Each tablet and each cc. of Crescin provides:

L-lysine HCl	300 mg
Thiamine HCl	10 mg.
Pyridoxine HCl	5 mg.
Cyanocobalamin (B_{12})	25 mcg.
Iron (as ferrous fumarate)—tablets	7.5 mg.
Iron (as ferrous sulfate)—solution	7.5 mg.



MEAD JOHNSON INTERNATIONAL EVANSVILLE, INDIANA, U.S.A.

Calle Loíza 1511 — Santurce, P. R.

DOBLEMENTE RICO*!

*Rico en SABOR!

*Rico en VITAMINAS!

JUGO DE TOMATE LIBBY'S

DELICIOSO!

NUTRITIVO!

SALUDABLE!

Si quiere lo mejor pida la marca Libby's

Libby's

TOMATO JUICE





the new orally potent analgesic

'LERITINE'

ANILERIDINE

unsurpassed even for intense pain

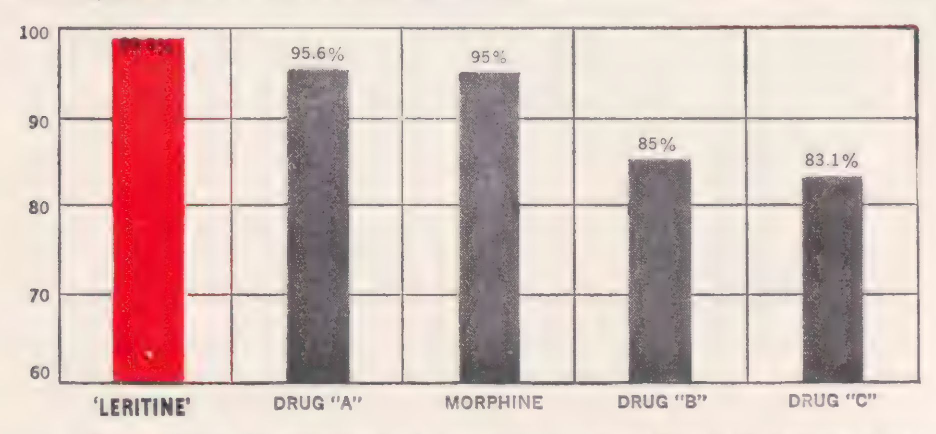
WHAT INVESTIGATORS SAY:

- In one series of 100 patients who received 60 mg. of anileridine every 4 hours for a 24-hour period, 95% reported relief of pain.[1]
- ". . . a potent analgesic with high oral activity and relatively mild side reactions. . . . It has a prompt onset of action . . . and a long duration of analgesia. . . ."[2]
- In a series of 300 patients, anileridine, used as a primary anesthetic agent, "appeared to be more potent than meperidine, and with the drip method, no significant apnea or hypotension occurred. . . . Analgesia appeared to persist up to three hours postoperatively."[3]
- "In this study, anileridine was found to be two and one-half times as potent an analgesic as meperidine on a milligram basis."[4]
- In a comparative study of 278 patients 'LERITINE' gave profound relief with potency approximately that of morphine with minimal side effects.[5]

This is illustrated in the following chart:

COMPARATIVE RELIEF OF POSTOPERATIVE PAIN
3-Day Period

Percentage of Adult Patients Experiencing Complete Pain Relief



Long-acting 'LERITINE' gave profound relief with fewer doses in this study of pain control in 278 patients after surgery. The patients were observed during three postoperative days to compare the analgesic potency of anileridine, morphine sulfate and three other narcotic analgesics.

Onset of relief was from 10 to 30 minutes after intramuscular injection of anileridine. Duration of relief varied from 2-8 hours. No side reactions or toxic effects from anileridine were encountered.

MERCK SHARP & DOHME INTERNATIONAL
DIVISION OF MERCK & CO., INC., 100 Church Street, New York 7, N.Y., U.S.A.



Preparación antibiótica de espectro amplio y de sabor agradable, en forma líquida

Delicioso sabor a cereza. Máxima eficacia terapéutica para las infecciones bacterianas comunes. **Protección** *segura contra la proliferación moniliásica excesiva.*

suspensión de

MISTECLIN-V

Complejo de fosfato de tetraciclina y nistatina (Micostatin) Squibb

Una suspensión oleosa que contiene complejo de fosfato de tetraciclina equivalente a 125 mg. de clorhidrato de tetraciclina y 125.000 unidades de Micostatin por cucharadita (5 c.c.). Frascos de 30 c.c.
También se encuentran disponibles las CAPSULAS DE MISTECLIN-V (Complejo de Fosfato de Tetraciclina equivalente a 250 mg. de clorhidrato de tetraciclina y 250.000 unidades de Micostatin). Frascos de 12.

SQUIBB

'Misteclin' y 'Micostatin' son marcas de fábrica



100 No. 480
CAPSULES
100 MG.
100 No. 477
CAPSULES
50 MG.
EXP. DATE
June 1955
See back label.
CAPSULES
CHLOROMYCETIN
CHLORAMPHENICOL
50 MG.
100 No. 379
KAPSEALS
CHLOROMYCETIN
CHLORAMPHENICOL
250 MG.
CAUTION — Federal law
without prescription.
studies be made.
PARKE, DAVIS & CO.
DETROIT, MICH., U.S.A.
25 No. 450
CAPSULES
CHLOROMYCETIN
CHLORAMPHENICOL
100 MG.
PARKE, DAVIS & CO.
16 No. 379
KAPSEALS
CHLOROMYCETIN
CHLORAMPHENICOL
250 MG.
CAUTION—Federal law pro-
hibits dispensing without
prescription.
Stock No. 15-379-116
PARKE, DAVIS & CO
DETROIT, MICH., U.S.A.

BOLETIN

DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

VOL. 50 DICIEMBRE, 1958 NO. 12

LA FUNCION SOCIAL DEL MEDICO EN EL ESTADO LIBRE ASOCIADO*

El desarrollo de la economía del país y el alza en los niveles de vida durante los últimos quince años ha sido un fenómeno social tan extraordinario, que ha despertado la admiración del mundo entero.

Esta reacción se expresa en su forma más vívida en la continua afluencia de funcionarios y estudiantes del exterior que vienen a observar la dinámica del cambio y los factores envueltos en esa transformación.

El progreso ha ocurrido a pesar de lo limitado de los recursos naturales y del aumento en la concentración humana, que aunque mitigada por la emigración hacia el continente, ha alcanzado la imponente cifra de 672 habitantes por milla cuadrada en este año.

Ha ocurrido porque un repúblico de visión extraordinaria e integridad absoluta ha trazado pautas y señalado objetivos con entusiasmo y dinamismo contagiosos. Señala a sus conciudadanos el potencial del recurso humano cuando hay concepto de la dignidad propia y cuando hay determinación valerosa, y convierte entonces la carga poblacional en fuente inagotable de riqueza.

Concibe una fórmula política libertaria donde alcanza la democracia cumbres inexploradas, y al propulsarla y dejarla afincada, canaliza las energías que malgastaba aquel dilema hacia una productiva batalla contra la miseria.

Produce él y demanda a la vez de sus hombres de gobierno ingeniosas modalidades administrativas y programas de vasto alcance económico, que al adquirir impulso, animen a todo un pueblo jalda arriba.

Veamos el informe del Negociado de Economía y Estadísticas de la Junta de Planificación intitulado "Proyecciones del Desarrollo Económico de Puerto Rico" publicado en diciembre de 1957.

En el año 1950, 51% de las familias puertorriqueñas tenían ingresos por familia de menos de mil dólares al año, y 26% de

* Discurso presidencial del doctor Luis R. Guzmán López, en la sesión inaugural de la quincuagésima-quinta asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, 18 de noviembre de 1958.

menos de dos mil dólares al año, para un total de 77% que no alcanzaba todavía grado aceptable de solvencia económica. En el 1955, cinco años más tarde, habían ya ocurrido cambios halagüeños. Solamente el 35% de las familias percibían ingresos menores de mil dólares al año, que unido al 29% con ingresos menores de dos mil dólares, hacían un total de 64% de las familias.

La proyección del desarrollo económico nos lleva al 1960 con un total de 45% de las familias todavía en estado indigente, comparado con un 32% en 1965, 20% en 1970, y 12% en 1975, época en que se espera alcancemos un nivel de vida comparable al que prevalecía en los Estados Unidos en el 1955. Esa ambiciosa meta había sido fijada originalmente por nuestro Gobierno para el 1960. Su fijación para fecha prematura sirvió por lo menos de poderoso estímulo para que nuestro pueblo haya seguido rindiendo su mayor esfuerzo.

A tono con este desarrollo económico el presupuesto funcional y las mejoras permanentes de nuestro Gobierno han ido también en rápido aumento.

Para atender sus responsabilidades sanitarias para con toda la población y las necesidades de servicios médicos y hospitalarios a los que no pueden sufragarse esos gastos, nuestro Gobierno ha destinado en los últimos años alrededor de catorce a quince por ciento de su presupuesto funcional. Esto ha representado la máxima erogación para esos fines compatible con el delicado balance que es necesario para atender otras obligaciones también urgentes de nuestro Gobierno.

A pesar de los logros alcanzados el problema de la salud de nuestro pueblo reviste todavía una magnitud que es motivo de honda preocupación para los médicos de nuestro país.

Si bien es cierto que la tasa de mortalidad ha bajado a 6.9 por cien mil habitantes, dos puntos por debajo de la de Estados Unidos, la morbilidad en un número de condiciones médicas con incapacidad prolongada, tales como la tuberculosis y las enfermedades mentales, no ha bajado como debió haberlo hecho. De un lado resulta alentador el que la esperanza de vida haya aumentado de 46 años que era en el 1940 a 68 años en el presente. Del otro lado, surge el problema de la morbilidad como producto de las enfermedades degenerativas que aparecen con más frecuencia según avanza en edad el ser humano.

Las facilidades hospitalarias no han expandido, a pesar de la ayuda federal, al ritmo que hubiese sido necesario no sólo para remediar deficiencias de épocas pretéritas, sino también para afrontar todas las necesidades de los insolventes, que aunque disminuyendo en proporción al cuadro general de la población,

resultan ser todavía, en términos absolutos, las de un grupo poblacional al que no le estamos brindando todavía a plenitud en nuestro país la oportunidad de ejercitar el derecho básico a la salud.

El problema se ha complicado porque, en nuestra opinión, los recursos disponibles no se han venido utilizando con un máximo de eficiencia. Existen métodos administrativos, arcaicos los unos, incomprensibles los otros aún desde su origen, que dificultan esa máxima utilización. Hay esferas donde la integración o la coordinación de los servicios médicos haría posible una más rápida y eficiente atención a un mayor número de enfermos. Hay en otros casos instituciones donde el costo de los servicios por unidad resulta caro para la labor que se rinde.

Las estadísticas del Negociado del Censo y Construcción de Hospitales del Departamento de Salud demuestran que todavía existe un déficit de cerca de 5,000 camas en hospitales generales con fines públicos. Por otro lado, en los hospitales privados hay un total de 845 camas en exceso de las necesidades actuales.

Estas cifras están basadas en que se necesitan 4.5 camas de hospital general por cada mil habitantes. Esto es cierto siempre y cuando que las facilidades de personal, equipo y material en los hospitales haga factible un movimiento eficaz de pacientes que conduzca al rendimiento máximo de cada cama. Se pierde el potencial de servicios de cada una de estas camas cuando por escasez de facilidades para el diagnóstico y tratamiento el enfermo permanece en el hospital más tiempo del que hubiera sido necesario.

Otro factor obvio ha sido la escasez de personal en los instituciones públicas de salud. Esto ha sido en buena parte reflejo de la escasez general en nuestro país de ese personal —médicos, enfermeras, tecnólogos médicos, trabajadores sociales, técnicos de Rayos X, etc. De otra parte se ha debido a las limitaciones en la remuneración de ese personal. Esto, a pesar de que un buen número de ellos, con alto sentido de responsabilidad y de conciencia social, ha aceptado hacer sacrificios económicos para que pudiera rendirse la labor médica a nuestros necesitados.

La escasez de personal en lo que respecta a los médicos que rinden labor de jornada parcial o completa a nuestras instituciones de salud se había agravado hasta hace poco por la natural tendencia de gravitación hacia las ciudades que ocurre aquí al igual que en muchos otros países.

Dos realidades recientes crean optimismo: Al 1ro de julio de 1958 el número de médicos en Puerto Rico había alcanzado un total de 1,620, estableciéndose una proporción de un médico por cada 1,400 habitantes. Contrástese esa cifa con la del año 1940,

cuando sólo había un médico por 3,700, a pesar de que en aquel entonces la población total era menor en un 50%. La distribución del médico ha mejorado también en forma notable, de suerte que hoy no hay pueblos sin médico. Por regla general hay más de un médico en cada población.

La proyección hacia el futuro inmediato alienta la esperanza de que pronto lleguemos o sobrepasemos la proporción de un médico por cada mil habitantes, con una distribución efectiva a través de todo el país.

Todo este panorama de servicios públicos asistenciales puede y debe evolucionar dinámicamente. Es perentorio que así ocurra, para el bienestar moral y material de los todavía económicamente impedidos.

En función social, fortalecido por su bagaje de conocimientos técnicos, debe nuestro médico puertorriqueño aportar un esfuerzo todavía mayor a estas instituciones de gobierno, utilizando con serenidad, comprensión, tolerancia y máximo de provecho las facilidades que existen y otras que puedan ir desarrollándose. Tendrá oportunidad nuestro médico de contribuir con noveles fórmulas e ingeniosos conceptos a la solución de problemas prácticos en el ejercicio de la medicina; soluciones quizás no soñadas en otros países donde no existe el reto de hacer el máximo con el mínimo.

Es con ese enfoque — que envuelve el arte del ejercicio de la medicina — que podremos aplicar los conocimientos técnicos que poseemos —la ciencia de la medicina— para así evitar la frustración desalentadora.

Es en ese desempeño de un principio básico de nuestro código — que pone sobre nuestros hombros no sólo el tratamiento del enfermo en particular, sino que también la responsabilidad de contribuir a la salud colectiva del mayor número de seres humanos — que estaremos en síncrono esfuerzo con nuestro pueblo, en guerra contra la miseria y el sufrimiento.

Si llegase el momento que nuestros legisladores y nuestro Gobernador recurriesen a un alza en las contribuciones para disponer de fondos adicionales con fines de expandir esas facilidades médico-hospitalarias, seríamos nosotros los médicos de los primeros llamados a hacer campaña educativa a favor de esta medida.

No creemos, sin embargo, que tenga que recurrirse a esa solución. La proyección en el desarrollo económico de nuestro país, el concepto prepotente de la dignidad humana, el orgullo del esfuerzo propio, son factores determinantes que irán haciendo más justa y razonable la responsabilidad de nuestro Gobierno en materia de sevicios médico-hospitalarios.

En el aspecto económico, el aumento en ingreso por familia producirá una notable expansión en la clase media y trabajadora, con la consiguiente disminución en el grupo de familias cuyo ingreso sea todavía por debajo de dos mil dólares anuales.

Como resultado de esta evolución nuestro gobierno tendrá que proveer servicios médico-hospitalarios solamente a un grupo cada vez menor de ciudadanos. Con la misma proporción del presupuesto funcional que dedica ahora a los menesteres de la salud podrá brindar una mejor calidad de servicios asistenciales.

Eventualmente quedarán libres recursos mayores que se podrán dedicar ventajosamente al problema de las enfermedades crónicas, tales como las degenerativas, la tuberculosis y las mentales, y a programas todavía más intensos en salud preventiva.

Cabe también la idea de que al correr de los años resulten excesivas las facilidades de Gobierno para los servicios hospitalarios. Este exceso podría negociarse ventajosamente a instituciones de la comunidad o a empresas privadas, que lo destinarían a la misma labor. Es posible, incluso, que a la larga le resulte menos oneroso a nuestro gobierno contratar con entidades particulares el rendimiento de los servicios asistenciales a aquella porción pequeña de la población que para ese entonces todavía dependa del Gobierno para los servicios médicos y hospitalarios. Esto se ha hecho provechosamente en muchos estados de la Unión Americana.

El concepto de la dignidad humana y el esfuerzo propio hará que aquellos que levanten su nivel económico cesen de utilizar las facilidades públicas y busquen otras formas de proveerse los servicios médicos y hospitalarios que necesiten.

Al tiempo que se operan estos cambios — y ya de hecho han estado ocurriendo en parte — se intensifican otros problemas socio-económicos en la práctica de la medicina. Estos son los problemas inherentes a los servicios médicos y hospitalarios para la clase media y trabajadora.

En noviembre del pasado año tuve la oportunidad de dirigirme al público a través del programa radial "Los Médicos Informan", cuando comenzaban mis labores en la presidencia de la Asociación Médica. Entre otras cosas, dije lo siguiente:

> "Vivimos hoy día un crecimiento progresivo de nuestra clase media. Este cambio social es la expresión más palpable de un Puerto Rico mejor en marcha. Los obreros en las industrias, en las empresas constructoras y en los proyectos de obras públicas; los pequeños terratenientes; los trabajadores agrícolas, en general más justamente retribuídos; los muchos servidores públicos de un gobierno que expande sus agencias; los oficinistas que forman el espinazo de las grandes y pequeñas

empresas comerciales y los profesonales y técnicos cada vez más en demanda y por ende en creciente número, engrosan a diario las filas de este grupo social que lo es la clase media.

"Corriendo paralelo a esta expansión se hallan el aumento general en el costo de vida y el aumento adicional de los costos en los servicios médico-quirúrgicos y hospitalarios. El segundo aumento se debe a la compleja tecnocracia de la medicina moderna, con sus instrumentos y maquinarias delicadas y precisas, sus nuevas y maravillosas drogas, sus técnicas perfeccionadas, y sus procedimientos minuciosos de diagnóstico y tratamiento.

"Estos factores hacen que esa nueva y numerosa clase media se encuentre, a pesar de su relativa solvencia económica, en posición difícil y a menudo angustiosa cuando se trata de afrontar los gastos por enfermedad o accidente."

Al presente, las palabras que pronuncié en aquel entonces han cobrado más palpitante actualidad.

De ahí que ahora más que nunca haya apreciado nuestro médico el deber de participar en el movimiento económico y social que estremece nuestra Isla.

No basta ya con su dedicación profesional al enfermo individualmente.

Se percata de que esa creciente clase media, medio millón al presente y más de un millón para 1965, necesita urgentemente resolver sus problemas médicos y hospitalarios.

Con profundo sentido del deber cívico, consciente de que de él depende en buena parte que se le encuentre solución al problema, acomete su estudio.

Se convence aún más nuestro médico de que el principio del seguro médico y hospitalario prepagado voluntario contiene la clave de la solución al problema. Los servicios de salud que unos pocos ciudadanos no podrían comprar resultan adquiribles cuando el costo se distribuye entre muchos a virtud del seguro.

Estudia el médico los planes en operación y se convence de que hacen falta mejores sistemas. Cuando un potencial de medio millón de beneficiarios necesita de planes que le garanticen una forma equitativa de obtener los servicios médicos y hospitalarios, es obvio que un plan que ha operado estancado en 115,000 beneficiarios por varios años, no está llenando su cometido.

Ni este plan ni los planes comerciales tienen una verdadera libre selección de médico, derecho democrático indispensable del cual debe gozar en todo momento el beneficiario.

Por proceso evolutivo se adentra más nuestro médico en sus menesteres sociales y se percata que es su deber respaldar proyec-

tos de ley que hagan posible la creación de planes de seguro médico y planes de seguro hospitalario de beneficios abarcadores, garantías sólidas para el ciudadano, y normas que preserven los principios éticos productivos de una buena atención médica.

Dedicado al estudio de anteproyectos, ve el médico como se interesan en ellos nuestros legisladores, que conscientes del problema y de nuestro interés y esfuerzo, nos facilitan la ayuda técnica de la Oficina de Servicios Legislativos. Nacen los proyectos que hoy se conocen como el 343, 344 y 345 de la honorable Cámara de Representantes. Son luego aprobados en la Cámara. Aguardan ahora la acción del Senado.

Constituyen estos proyectos el mecanismo que ha pedido el médico puertorriqueño a nuestro Gobierno para que podamos contribuir cada vez más al bienestar de nuestro pueblo con planes de salud que sean timbre de orgullo para nuestra estructura social.

La responsabilidad es seria y la tarea ardua. Nuestro médico piensa en términos de sacrificio personal para lograr esa obra. Considera esa su obligación para con su pueblo y para con su Gobierno. Nuestro médico confía en que la acción legislativa y ejecutiva le dé la oportunidad de hacer su parte de la obra social que viene realizando nuestro Gobierno; con serena visión del presente y del futuro; con claro concepto de los valores humanos en nuestro pueblo; con fe profunda en el Todopoderoso.

LUIS R. GUZMAN LOPEZ, M.D.
Presidente

THE COMMONWEALTH OF MEDICINE*

*LOUIS M. ORR, M.D.***

It was my good fortune to be invited several months ago by your President, Dr. Luis R. Guzmán-López, to participate in this annual meeting of the Puerto Rico Medical Association.

Since my arrival here your hospitality has known no bounds, and the honors you have presented me have moved me deeply. I say this in all sincerity, and my wife and I wish to thank you for your thoughtfulness and generosity.

I shall always cherish my visit to the Puerto Rico Medical Association, this city and this commonwealth, and I shall look forward to the time when I can be with you at another one of your annual meetings.

Recently in speaking around the United States, I sometimes have had the fear that the audience was going to find some excuse to leave the room before or during my address. Whenever this happens, I recall the story about the three Scotchmen who had to find a reason to leave church one Sunday.

The minister had made a strong appeal for a very worthy church cause, and it was obvious that he hoped every one in the congregation would at least double his usual contribution that day.

After he completed his sermon, the collection plate was passed. As it neared the three Scotchmen, they became extremely nervous. The shrewdest of the three did not panic, however. He merely fainted — and his two friends quickly carried him out of the church!

Tonight I also want to make an appeal to you, but I do not intend to pass any collection plate. Therefore, no one need worry.

I would, however, like to present briefly my impressions of "the commonwealth of medicine" and my thoughts on one or two of the common — but extremely important — interests we have.

Just as the commonwealth of Puerto Rico is designed to promote the well-being of its residents, so medicine is organized at the local, state, territorial and national levels to improve the well-being of all patients and to further the science of medicine among all physicians.

Just as the commonwealth of Puerto Rico is united by common interests, so the medical profession has a range of common interest which unites it for concerted action.

---

* Delivered before The Puerto Rico Medical Association, November 21, 1958, San Juan Intercontinental Hotel, San Juan, Puerto Rico.

** President Elect, American Medical Association

Specifically, medicine works for better medicine, better patient care, better distribution of medical services, a better informed public and better public health. In the course of its efforts, medicine cooperates with scores of allied medical and health groups, hospitals, insurance companies, government, labor, communities and patients.

Occasionally, our profession is called upon to defend itself and its principles.

Occasionally, it is called upon to fight for its freedoms, for the patients it serves, and for its convictions.

Now is such a time!

Today we are being called upon to defend and promote a basic democratic principle — the right of the patient to select his own physician.

Today we are being called upon to oppose outside forces that intend to intervene, or actually are intruding, into medical affairs and in the relationship of doctor and patient.

Today we are being called upon to fight for our free enterprise system of medical practice in Puerto Rico, Florida and in every state and territory of the United States.

It is discouraging, of course, that as individual physicians and as medical associations we must divert our attention to these matters, rather than applying our undivided efforts to other positive programs for the public. Nevertheless, I believe that we must meet outside intervention now if we are to be free and selfgoverning in the future.

I believe that freedom of choice is integrated in each of our freedoms — in freedom of speech, in freedom of religion, in freedom of the press, and in the many others which entitle us to lead our lives as we wish within the framework of legality and morality.

The right to choose what we desire — where to work, where to live, what to buy, what church to attend, how to vote, where to send our children to school — this is an accepted prerogative which we can all exercise in a climate of freedom.

Therefore, in satisfying health and medical care needs, I believe that the individual must be free to select the physician he wishes to patronize. To limit his choice of physician reduces the total amount of his personal freedom.

I am a firm believer in the idea that we must foster choice and judgment, not limit and destroy it. Man today must learn to do more for himself, not less. He must be given the opportunity to choose freely. No person or a group should select or judge for him.

Certainly, no individual should be compelled to satisfy his own personal needs as others wish.

Some persons have questioned this, asking me: "But isn't it more important that the individual have the right to receive good quality of medical care than that the patient have the right to choose his own physician?"

My belief is that the right to select one's own physician enhances — yes, generally assures — good quality of medical care.

I certainly agree that the patient has the right to expect and receive good quality of medical care from a physician. I also believe that as consumers we have the right to expect good quality in the food, clothing and other products we buy. However, should competitive selling be barred, limiting our purchases to one store? Should our field of selection be limited to one brand?

Certainly not. Indeed, when competition is stifled and the consumer's freedom to choose his needs is eliminated, we no longer have a democratic, free enterprise system.

Therefore, I believe that the freedom to choose is a necessity in our society. It is a freedom that must not be tampered with by government, labor unions or any other third party. It is a freedom that our profession — indeed every profession and trade— must defend, promote and fight for. It is a freedom that all Americans dare not lose.

As physicians, we know that a patient's rights, freedoms, and health and medical care are precious — too precious to be the subjects of so-called "political bartering" for votes or "squeeze plays" by third party groups. I am sure you will agree that any compulsion by an outsider — no matter to what degree — weakens the individual's freedom to satisfy his needs and to seek the best solution to them.

The medical profession has discussed mutual problems with the representatives of third party medical groups in the past and believes that such discussions should continue. In no case should the "winner" be anyone or any group other than the patient.

In our opinion, the objective of all of these third party programs should be better medical service for the individual patient. Medicine's primary desire has always been to render good quality service for a fair compensation. We have never advocated a hard and fast dictatorial policy insofar as the method of payment of physicians is concerned. We do believe, however, that a fee-for-service arrangement allows both physician and patient more freedom of action.

It is my belief that philanthropic foundations should be particularly careful in the future — as perhaps some of them haven't always been in the past — to avoid third-party experiments aimed

at controlling the practice of medicine, of controlling patients or both, either immediately or slowly over a period of years. Everyone should be wary of plans that seek to replace voluntary actions with government planning and domination.

Certainly, we do not have to look to find examples of big government intervening, or seeking to intrude, into the health care field. For instance, I am sure you all are aware that certain forces support big government in medicine and that they have plans for federal control and financing of a medical and hospital system for the aging segment of the population.

Their well-known proposal, the Forand bill, would make the Social Security system responsible for providing a wide spectrum of hospital and medical benefits for OASDI beneficiaries. The measure was introduced in the last session of Congress.

There is little doubt that similar legislation will be introduced in the next Congress although there may be a change in strategy. Present information indicates that the proponents may eliminate medical and surgical in-hospital benefits and may seek only hospital care for OASDI beneficiaries.

This is an obvious attempt to seek national compulsory health insurance in a bit-by-bit fashion instead of the chunk-by-chunk method or the one stroke way.

As you know, a complete national compulsory health insurance program was first sought in one all-inclusive legislative measure a decade ago. When that failed, the proponents began seeking their ends in a piecemeal manner.

Now they have announced publicly their intention to break up the pieces into bits, as in the case of the Forand bill, hoping that within a few years enough bits of legislation will be passed to make up one large piece.

Unfortunately, the tendency of some opponents of national compulsory health insurance may be to accept a bit of legislation here or there with the hope of appeasing the opposition or of satisfying a particular financial problem for themselves.

Let us not be duped into believing that one small legislative measure will quench the thirst of the proponents of a comprehensive and compulsory national health program. The enactment of a portion of a Forand-type proposal will lead quickly to passage of other portions and inevitably to full socialization of all health care.

I feel that we must not only answer the pressure for the enactment of Forand--type measures with sound arguments, but we also must bestir ourselves now and aggressively seek better voluntary programs to solve the health care needs of our senior citizens

as well as all patients, no matter what their ages or economic status.

I believe we can predict that if such Forand-type legislation is enacted the following developments can be expected to occur:

1. Profound changes in the doctor-patient relationship with a certain loss of confidence and mutual respect between the two parties.

2. Expansion of medical hospital benefits to all persons under the OASDI system.

I ask you in all sincerity: Is there really any reason why other segments of the population would not seek equal governmental privileges? In fact, it is almost certain that the paying members of the Social Security system would demand the same benefits as the non-paying, or retired, members would be receiving under such a federal program.

3. Higher costs than anticipated.

Proponents of the measure claim the cost in the first year would be roughly one billion dollars. However, the insurance industry's survey of probable first-year costs puts the estimate at more than two billion dollars. When two surveys show a difference in estimate of 100 per cent, I believe there is good reason to suspect the lower figure.

Or take a look at the estimates for the first-year costs of nursing home care. The federal government's estimate is 12 million dollars; the insurance industry's is more than 40 times that amount — or 513 million dollars. Again where there is such a wide difference in estimates, is there not good reason to question the low figure?

4. Over-utilization of hospital and medical facilities. In other countries where similar legislation is in effect, there has been a staggering increase in the use of hospital facilities by the aged.

5. Destruction of the voluntary health insurance industry.

6. The promulgation of standards of health care and of levels of compensation to cover doctors, hospitals, nurses and ancillary professional groups.

No thoughtful, conscientious leader should want any of these things to happen, but I am convinced that they will happen if the voluntary system for health security is replaced with compulsory government programs.

Let none of us be fooled. The Forand bill and other similar proposed measures are merely variations on an old rejected theme —the Murray-Wagner-Dingell bill. The new words are no better

for American medicine and the American people than the old ones of 10 years ago!

Political care never was, and never will be, a satisfactory substitute for personalized medical care.

I believe that in our relationships with government, labor unions or any third party we must insist that the patient's needs be considered above all else.

Second, we must seek as much freedom of action and as little intrusion as possible by the third party between doctor and patient.

Finally, we must maintain the right to judge the professional qualifications of doctors. The policing of our profession also is the right and responsibility of those medical practitioners who recognize the need for strict, intelligent, impartial action against wrongdoers.

Some problems may continue to arise. But they can and will be solved without abandoning any of the basic rights so essential to the free practice of medicine and our democratic way of life.

I wholeheartedly agree with President Eisenhower when he said:

"All our freedoms are a single bundle, all must be secured if any is to be preserved."

I urge the Puerto Rico Medical Association — as an integral part of the commonwealth of medicine — to make secure all our freedoms by defending the fundamental principle of freedom to choose, by opposing those forces which seek to destroy the private practice of medicine, and by promoting the free enterprise system.

And lastly, always remember there is no substitute for Freedom in our Democracy.

INFORME DEL COMITE DE PLANES DE SEGUROS MEDICOS VOLUNTARIOS ("COMITE ESCUDO AZUL")

28 de octubre de 1958

El Comité de planes de Seguros Médicos Voluntarios fué nombrado por el Dr. Luis Guzmán López, Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico el día 17 de diciembre de 1957 y quedó constituído por los siguientes médicos:

José M. Torres, M.D.
Guillermo Picó, M.D.
Ricardo F. Fernández, M.D.
José M. Berio, M.D.
José R. Fuertes, M.D.
Pablo Luis Morales, M.D.
Enrique Pérez Santiago, M.D.
Víctor J. Montilla, M.D.
Antonio Rullán, M.D.
Luis A. Vallecillo, M.D.
Walter J. Benavent, M.D.
José S. Licha, M.D., Presidente

Al comenzar sus funciones este comité en reunión celebrada el día 20 de diciembre de 1957, quedaron delineados los siguientes objetivos como norte a seguir durante el transcurso del año:

1—Continuar laborando por el éxito de los Proyectos de Ley de la Cámara 343, 344 y 345 ("Proyectos Escudo Azul") que harían posible el establecimiento del "Plan Escudo Azul" de la Asociación Médica de Puerto Rico.

2—Estructurar detalladamente planes definitivos de servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización con la ayuda de un perito en la materia (actuario consultor) para ser auspiciados por la Asociación Médica de Puerto Rico.

3—Estudio de los planes de seguros de salud que ofrecen las compañías comerciales de seguros en Puerto Rico con particular atención hacia aquellos planes tolerantes de prácticas anti-éticas y nocivas, detrimentales a la salud, con el fin de conseguir la cooperación de estas entidades hacia un mejoramiento de estos planes. Establecer requisitos mínimos para aprobación de estos planes por la Asociación Médica de Puerto Rico. Establecer un Comité Consultor Conjunto de representantes de compañías de seguros y de la Asociación Médica de Puerto Rico para resolver los problemas que pudieran surgir entre el médico y la Compañía de Seguro en relación a la prestación de servicios médicos.

I—Los Proyectos de la C 343, 344 y 345 ("Planes Escudo Azul")

Desde el 9 de julio de 1955, fecha en que fué presentado a la Cámara de Delegados un excelente informe por el "Comité Especial de Escudo Azul" presidido por el Dr. E. Colón Yordán, la Asociación Médica de Puerto Rico ha estado activamente interesada en la instrumentación de un Plan tipo Escudo Azul que llenara a cabalidad las necesidades de servicios médicos de nuestras crecientes clases media y obrera. Las recomendaciones finales del mencionado Comité eran al efecto de que se tratara de conseguir un acercamiento a la Cruz Azul de Puerto Rico con miras a allanar diferencias y trabajar conjuntamente hacia el logro de un Plan de servicios médico-quirúrgicos en consonancia con los requisitos básicos Escudo Azul (Blue Shield), a saber:

1—Aprobación de la Asociación Médica local con representación médica adecuada en la Junta de Directores.

2—Fines no pecuniarios.

3—Libre selección de médico de entre los médicos autorizados a practicar la medicina en el área que funcione el Plan, o si el Plan utiliza un contrato con el médico, éste debe de incluir por lo menos un 51% de los médicos elegibles a practicar la medicina en el área que opera el Plan.

4—La relación entre médico y paciente debe conservarse y respetarse a todo costo.

5—La clase médica debe asumir la responsabilidad **profesional** de estos planes.

6—No se le prohiba al médico participar en cualquier otro plan de índole similar.

7—La organización del plan debe proveer el mayor servicio posible al mayor número de suscriptores (si se establece un límite de ingreso anual por familia éste debiera ser lo suficientemente elevado para que pudiese incluir aproximadamente el 75% de la población del área).

8—**Responsabilidad Financiera** — El Plan debe mantener reservas adecuadas, auditoría y otros requisitos de administración financiera esenciales a la salud económica del Plan y en consonancia con las leyes vigentes y reglamentos promulgados por el Comisionado de Seguros u otras agencias gubernamentales que se entienden con la supervisión del Plan. Los fondos y reservas de un Plan de Servicios Mé-

dicos Escudo Azul no deben estar unidos al de la Cruz Azul.

Ante la imposibilidad de llenar muchos de los requisitos mencionados, y después de múltiples reuniones y consultas con la Junta de Directores de la Cruz Azul y la Administración de la Cruz Azul, debido al obstáculo existente en la Ley 152 que creó la Cruz Azul en Puerto Rico, y aconsejados por el Sr. John Castellucci (Director Ejecutivo de Planes Escudo Azul Nacional) quien conjuntamente con representantes de la Cruz Azul Nacional y a base de estudios detenidos del funcionamiento del Plan Cruz Azul en Puerto Rico, se llegó a la conclusión de que debiera crearse nueva legislación que suplantara la Ley 152 e hiciera posible, la creación de un auténtico Plan Escudo Azul que funcionara bajo administración conjunta con el existente Plan Cruz Azul.

Aguijonados por el ideal de la filosofía Escudo Azul, y el sincero deseo de estrecha cooperación con el existente plan de la Cruz Azul, por creer este proceder el más conveniente y más rápido y beneficioso hacia un objetivo común, emprendimos la ardua jornada de crear tres anteproyectos de ley, hoy conocidos como los P de la C 343, 344, 345, con la ayuda y la consulta constante de nuestros Presidentes, Directivas, Cámara de Delegados, el Comisionado de Seguros, Sr. Pablo Castro, el Sr. John Castellucci, Director Nacional Planes Escudo Azul, asesores legales de nuestra Legislatura, los Lcdos. Dávila y Trujillo (inolvidable deuda de gratitud por su paciencia y cooperación), nuestros buenos amigos y asesores legales de la Asociación Médica de Puerto Rico los Lcdos. José y Richard González, el Secretario de Salud en aquella época, nuestro colega el Dr. Juan Pons, el Presidente del Comité de Salud y Beneficencia de nuestra honorable Cámara de Representantes, el Dr. Pablo Morales Otero, nuestro buen amigo el Sr. Julio Torres, Secretario del Senado, y múltiples otras personas y entidades, pero en particular la Junta de Regentes de la Cruz Azul de Puerto Rico y su Administrador el Sr. Arturo La Cruz. En reuniones celebradas con ésta última entidad se leyeron los proyectos de ley palabra por palabra y se hicieron cambios en el texto de los mismos en muchas ocasiones a tenor con las sugerencias de estos señores.

Por fin en el mes de febrero 1958 se firmó un convenio legal y formal con la Junta de Regentes de la Cruz Azul de Puerto Rico en presencia de los abogados de la Cruz Azul y de la Asociación Médica de Puerto Rico, los Lcdos. Benjamín Ortiz y José González respectivamente, mediante el cual ambas organizaciones se comprometían a luchar conjuntamente para conseguir el éxito de la legislación pendiente.

La Asociación Médica de Puerto Rico respetó en todo momento ese contrato, pero lamentamos apuntar no fué así el proceder de algunos miembros de la Junta de Regentes y de la Administración de la Cruz Azul, algunos de ellos firmantes del convenio, y subsiguientemente directa y clandestinamente sabotearon todas las gestiones que pudieron significar posible éxito para la legislación pendiente ante la consideración de la Comisión de Salud y Beneficencia de la Cámara de Representantes.

Después de salvaguardar innumerables escollos tras una larga labor orientadora encaminada a iluminar a nuestros Representantes a la Cámara, labor personal encabezada por el liderato del Dr. Guillermo Picó y el Dr. Luis Guzmán López, y apoyados por los miembros de la Directiva y nuestro Comité de Escudo Azul, se consiguió finalmente en la aprobación de los Proyectos de Leyes 343, 344 y 345 por una votación casi unánime con excepción de **un solo voto.**

Los Proyectos de la Cámara 343, 344 y 345 pasaron a la consideración de la Comisión de Salud y Beneficencia del Senado de Puerto Rico, a cuyos miembros se les envió un memorandum explicativo de los propósitos de los proyectos mencionados amén de múltiples reuniones personales por parte del Dr. Luis Guzmán-López y miembros de nuestro Comité el Honorable Senador F. Anselmi, Presidente de dicho Comité de Salud.

El Comité Senatorial decidió llevar los proyectos de nuevas vistas públicas ante la insistencia de la Cruz Azul de Puerto Rico por mediación de un pequeño grupo de su Junta de Regentes y su Administración supuestamente representando dicha Junta. Se celebraron vistas desde mediados de abril de 1958, durante las cuales se virtieron miles de palabras y kilométricas diatribas tendientes a confundir los miembros de la Comisión Senatorial y elevar suspicacias hacia las motivaciones de la Asociación Médica de Puerto Rico. Por lo menos, se consiguió que el Senado de Puerto Rico no considerara los tres proyectos durante una sesión ordinaria de 1958 quedando éstos en el seno del Comité de Salud y Beneficencia del Senado hasta la próxima sesión ordinaria legislativa del año 1959.

No conforme con éstas tácticas obstruccionistas hacia los Proyectos "Escudo Azul" y alentados por una supuesta victoria, los mencionados dirigentes de la Cruz Azul consiguieron que la Asamblea Anual de la Cruz Azul aprobara una resolución manifestándose en completa oposición a los Proyectos Escudo Azul. Hasta esa fecha la Cruz Azul de Puerto Rico siempre se había manifestado públicamente favoreciéndolos pero sugiriendo enmiendas que los desvirtuaban, estimulando de ese modo la justificada oposición de la Asociación Médica de Puerto Rico. Llegó la arrogancia al ex-

tremo de la afrenta personal contra los representantes médicos dentro de la Junta de Regentes de la Cruz Azul, y éstos ante esta situación y el "convencimiento de que no podemos conseguir que los servicios al suscriptor sean brindados de acuerdo con los principios médico-sociales por los cuales hemos venido infructuosamente laborando" renunciaron todos de la Junta de Regentes de la Cruz Azul el día 23 de julio de 1958.

La Asociación Médica de Puerto Rico había retirado su endoso temporero a una certificación provisional que le había extendido la organización Escudo Azul Nacional (National Blue Shield Plans) al Plan Cruz Azul de Puerto Rico pendiente de un arreglo armonioso entre la Cruz Azul y la Asociación Médica de Puerto Rico en concordancia con los requisitos Escudo Azul. Como esto no había podido, ni podría, lograrse ante la actitud intransigente, obstinada, irrazonable y repleta de innumerables sorpresas y nuevas modalidades obstruccionistas de parte del pequeño grupo de la Cruz Azul, la Asociación Médica de Puerto Rico tuvo que oponerse clara y terminantemente ante la Asociación Nacional Escudo Azul (National Blue Shield Association) al endoso temporero que esa Asociación le había extendido a la Cruz Azul de Puerto Rico.

Poco tiempo después, la Cruz Azul comenzó una campaña activa de reclutamiento de médicos enviándoles copias de un nuevo contrato de servicios médicos.

Además, en plana entera de el diario "El Mundo" del 23 de agosto la Cruz Azul publicó una lista de médicos supuestamente asociados a su Plan, 14 de los cuales no tenían contrato firmado, 4 ya fenecidos y 31 más no válidos por no estar residiendo en Puerto Rico o por no tener licencia para ejercer en Puerto Rico, o por estar sus nombres repetidos tanto como 3 veces en la misma lista, etc., etc., quedando solamente 159 verdaderamente asociados al Plan Cruz Azul de un total de 381 reportados. Este anuncio daba la errónea impresión de que un número considerable de la clase médica apoyaba y garantizaba los servicios médicos de la organización Cruz Azul de Puerto Rico, debilitando de ese modo la posición firme y justa de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Por todas estas razones, el Presidente de nuestra Asociación, el Dr. Luis Guzmán López en consulta y con el visto bueno de la Directiva y Comité de Planes Voluntarios (acción luego absolutamente endosada y apoyada por la Cámara de Delegados, Asociaciones de Distritos, Seccíones de Especialidades de la Asociación Médica de Puerto Rico, el Capítulo local del "American College of Surgeons" y del "American College of Physicians", etc.) procedió a **exhortar a los miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico a renunciar su contrato si lo tenían firmado y a no firmarlo si no lo habían hecho anteriormente. Sin embargo, se recalcó enfática-**

mente, en todas las circulares sobre el particular, la necesidad imperativa de seguir rindiendo servicios médicos-quirúrgicos a los suscriptores del Plan Cruz Azul bajo la misma tarifa de honorarios existente en la actualidad señalándoseles la manera de cobrar estos honorarios, por mediación de sus pacientes sin dificultad alguna para el suscriptor ni grandes obstáculos para la Cruz Azul.

Ante la actitud firme y decidida de la Asociación Médica de Puerto Rico y la demostración de lealtad y unidad de su matrícula, representantes de la Cruz Azul de Puerto Rico acudieron al Hon. Gobernador de Puerto Rico de donde fueron referidos al Secretario de Salud, el Dr. Guillermo Arbona y al Comisionado de Seguros de Puerto Rico, viniendo a parar finalmente y de nuevo ante las puertas de la Comisión de Salud y Beneficencia del Senado de Puerto Rico. Esta Honorable Comisión les otorgó vistas privadas para escuchar sus argumentos viciados por ataques personales contra los dirigentes de la Asociación Médica de Puerto Rico. Igual oportunidad se le brindó a la Asociación Médica de Puerto Rico ante esta Honorable Comisión, quedando completamente refutadas las falsas alegaciones del pequeño y dictatorial grupo de representantes de la Cruz Azul de que la Asociación Médica de Puerto Rico había coaccionado a su matrícula a no rendirle servicios al suscriptor Cruz Azul.

El día 15 de octubre de 1958 la Asociación Médica de Puerto Rico participó en un programa televisado por la estación WIPR ("Ante La Opinión Pública") donde se expresó nuestra actitud y nuestros puntos de vista en relación a los Planes Escudo Azul y donde se pudo refutar sin lugar a dudas múltiples falsedades vertidas pocos días antes por representantes de la Cruz Azul en el mismo programa.

A esta fecha 31 de octubre de 1958, 189 médicos asociados han renunciado al contrato Cruz Azul y 432 anuncian nunca haberlo firmado.

Deseamos puntualizar que nuestros dirigentes y los representantes en el Comité de Planes Voluntarios de la Asociación Médica de Puerto Rico no han tenido más que elevados propósitos durante esta indeseable controversia con los representantes de la Junta de Regentes de la Cruz Azul y su administración. Nuestro único fin, por mandato de los miembros de nuestra honorable Cámara de Delegados, era y sigue siendo conseguir el instrumento de ley que nos permita ofrecerle a las clases media y obrera de Puerto Rico y a la clase médica puertorriqueña, planes de seguro médico de tipo voluntario que hagan factible el rendimiento del mejor servicio de salud posible a un precio al alcance de los limitados recursos económicos de ese oprimido escalafón de nuestra sociedad. Si es verdad que nuestros propósitos han sido tergiversados y obstaculizados por

mentes mezquinas y posiblemente mal orientadas, mayor será la satisfacción de ver nuestra obra, la de todos los miembros de esta Asociación, llevarse a feliz consecución con el establecimiento de nuestro Plan de Salud de tipo voluntario y democrático.

En la próxima sesión ordinaria de nuestra Legislatura, en enero de 1959, los Proyectos 343, 344 y 345 ("Proyectos Escudo Azul"), auspiciados por la Asociación Médica de Puerto Rico pasarán a la consideración de nuestro Senado y tenemos el firme convencimiento, basado en el sentido de justicia que ha caracterizado las acciones de la Comisión de Salud y Beneficencia del Senado, de que serán considerados favorablemente por ese Honorable Cuerpo Legislativo. Naturalmente, quedará su destino final en manos de nuestro Hon. Gobernador,, Don Luis Muñoz Marín, cuyo interés por el problema de salud de nuestras clases media y obrera es de todos bien conocido.

II—Estructuración del Nuevo Plan de Salud de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Uno de nuestros primeros objetivos al comenzar el año 1958 fué el de estructurar en todos sus detalles y especificaciones un Nuevo Plan de servicios médico-quirúrgicos con beneficio de consulta en la oficina del médico a base de libre selección y otro Plan de Servicios de Hospitalización también basado en el mismo principio de libre selección. Por este Plan el paciente pagaría la misma cuota que hoy día paga al Plan Cruz Azul, pero con las ventajas siguientes sobre el mismo:

1—Libre selección de médico en casos hospitalizados y en consulta externa en la oficina del médico.

2—Servicio de anestesia y radiología por médicos especializados asociados al Plan cuando y donde los haya disponibles.

3—Libre selección de hospital, hoy día limitada por la presencia de dispensarios en los hospitales.

4—En encuesta preliminar hecha recientemente 467 médicos (60% de la matrícula de la Asociación Médica de Puerto Rico) consintieron a participar en el Plan Escudo Azul, sin una negativa, en contraste a los 159 médicos que hoy día tienen contrato con la Cruz Azul de Puerto Rico.

5—Necesariamente una mejor y más eficiente administración cuidadosamente supervisada a tenor con las estipulaciones de los nuevos proyectos de Ley 343, 344 y 345 por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

6—La fiscalización de la calidad de servicio por parte de los médicos participantes para mayor beneficio y garantía al suscriptor.

En enero de 1958, en reunión conjunta celebrada con representantes de la Administración de la Cruz Azul y su Junta de Regentes y la Directiva de la Asociación Médica de Puerto Rico y miembros del Comité de Planes Voluntarios de la Asociación Médica de Puerto Rico, en presencia del señor John Castellucci, Director Ejecutivo de la Asociación Nacional de Planes de Escudo Azul, se discutieron algunos detalles de estos planes, llegándose a la ingenua conclusión de que en vista de que había un acuerdo final de cooperación entre la Cruz Azul y la Asociación Médica de Puerto Rico los detalles específicos se decidirían conjuntamente en el futuro con miembros de las dos organizaciones y actuarios expertos en la materia.

Como esto no se pudo realizar durante el año, por sobradas razones ya expuestas, en octubre de 1958 un miembro del Comité de Planes Voluntarios de la Asociación Médica de Puerto Rico estuvo conferenciando en Chicago por dos días con el señor John Castellucci y el señor John Harack, experto actuario de los Planes Escudo Azul de los Estados Unidos. Durante esas conversaciones se analizaron minuciosamente los planes de Cruz Azul existentes y los beneficios que ofrecen, quedando el señor John Harack muy orientado en cuanto a lo que deseamos se incorpore específicamente por la **misma cuota** en los Nuevos Planes de Salud que ya mencionamos anteriormente.

Nos señalaron estos señores la necesidad inaplazable de tener una persona ya contratada para entenderse con todos los detalles administrativos de nuestro Plan de Salud, trabajando estrechamente con el actuario, señor John Harack, quien pronto se verá en la necesidad de hacer un viaje a Puerto Rico para finalizar la estructuración del mismo.

Por el presente es nuestro propósito organizar un Plan de Salud, como ya anteriormente lo delineamos, que conlleve la ventaja de libre selección de médico dentro y fuera del hospital y otros requisitos de Escudo Azul y que a la vez se adhiera a la cuota actual de Cruz Azul, según nuestra Asociación ha prometido a los suscriptores de la Cruz Azul y al pueblo de Puerto Rico. Sin embargo, es muy deseable que también se estructure a la vez un "Plan Futuro No Muy Lejano" de mayores beneficios y alcances, pero consecuentemente de mayor cuota, que esbozaremos más adelante.

Un plan de Salud como el que vamos a ofrecer podría funcionar adecuadamente por la cuota actual es asunto que nos atañe a nosotros los médicos de esta Asociación más que a nadie. A nuestro favor está el deseo sincero de contribuir voluntariamente a establecer servicios médicos que la clase media pueda costear aunque esto envuelva nuestro sacrificio y abnegación Sacrificio aho-

ra o fórmulas socializadas de servicios médicos después son nuestras alternativas.

Es alentador para nosotros el poder ofrecerle a nuestro pueblo, sin lugar a reservas, un servicio médico a la altura de los adelantos científicos modernos, siguiendo el inviolable precepto de la libre selección de médico y paciente a un precio razonable.

Cabe señalar la gran importancia de la estrecha cooperación y disciplina que debe existir en nuestros asociados para que pueda encauzarse exitosamente cualquier plan voluntario de salud de la Asociación Médica de Puerto Rico. Es necesario que cada uno de nosotros se identifique con el mismo, haciéndolo suyo propio y protegiéndolo de las **dos razones más grandes causantes del fracaso de estos planes, a saber: (1) hospitalizaciones no justificadas e indebidamente prolongadas, y (2) aumento indebido del número de veces que se examine o se opere al paciente sin indicaciones legítimas, ya sea por instigación e insistencia del paciente o debilidad moral del médico.** Sí, compañeros, estas son las dos razones que generalmente se señalan con índice acusador como causas primordiales de excesivas alzas en las cuotas de estos planes y el consecuente perjuicio que acarrea al saludable desarrollo de los mismos. No podemos ni debemos incurrir en estas faltas y no vemos otro modo de prevenirlo que mirar la verdad cara a cara y reconocer la existencia del mal para así evitarlo. En manos nuestras está la decisión final y no creemos sea difícil escoger entre lo que a la vez es bueno moralmente y conveniente económicamente y lo que a la vez es perverso y de consecuencias adversas desde el punto de vista pecuniario.

Aunque no dudamos que esta admonición de parte del Comité que informa sea absolutamente innecesaria para la gran mayoría de nuestra honorable clase médica asociada, no deja por eso de ser beneficiosa como orientación de carácter vital.

Conscientes de la posibilidad de que no llegaran a aprobarse los proyectos que autorizan la creación del Escudo Azul, actualmente ante la consideración del Senado, nuestra Directiva y el Comité de Planes Voluntarios han estado explorando otras medidas legales para poner a funcionar nuestro Plan de Salud. Después de cuidadosos estudios por parte de nuestros asesores legales, los licenciados José y Richard González, y de consultas con el señor Pablo López Castro, Comisionado de Seguros de Puerto Rico, hemos llegado al convencimiento de que la creación de una compañía de seguros al amparo de la Ley general de Seguros es la única alternativa que nos permitiría crear adecuadamente nuestros planes Escudo Azul.

Como resultado tenemos preparado el Certificado de Incorporación para ser sometido al Comisionado de Seguros en caso de

que surja la mencionada eventualidad. A su debido tiempo, y en caso de necesidad, el Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico debe acudir ante la honorable Cámara de Delegados para orientarla claramente sobre el plan alterno de crear una compañía de Servicio de Seguros de Salud de la Asociación Médica de Puerto Rico (S.S.S. de la A.M.P.R.), nombre por el cual se conocerá la corporación.

Por el presente nos urge volver a recabar la necesidad de vuestro sacrificio y vuestra cooperación en caso de que fuera necesaria la creación de una compañía de seguros de salud bajo la Ley General de Seguros de Puerto Rico.

1. **Apuntes sobre los "Planes de Salud" a ser desarrollados en el futuro bajo los auspicios de la Asociación Médica de Puerto Rico.**

La Asociación Médica de Puerto Rico, como entidad representativa de la gran mayoría de la clase médica de Puerto Rico, es la **única** organización con legítimo derecho y deber de velar por que se le brinden los mejores servicios de salud a nuestro pueblo dentro de los límites de su dinámico desarrollo económico. No es el gobierno el llamado a esa tarea, a menos que sea para suplir las necesidades de salud del indigente y hasta esto debe ser con la ayuda activa y directa y la supervisión constante de la clase médica del país para el bien único del paciente.

Consciente de estos deberes, nuestro Comité ha creído oportuno exponer brevemente algunas de las ideas que efervescen en nuestras mentes y no dudamos están causando el mismo efecto en las suyas, por ser todas inspiradas en el único el importante propósito de ofrecerle a nuestros pacientes mayores beneficios y servicios médicos de la más alta calidad dentro de las más rígidas normas de ética.

¿Qué debe ofrecer un Plan Médico Voluntario de Salud del futuro? Si se evitan las dos causas importantes de derrumbamiento financiero anteriormente expuestas, son pocos los beneficios que un plan prepagado voluntario no puede ofrecer al suscriptor a un precio razonable dentro de estrictos cálculos actuariales. Al paciente hospitalizado puede ofrecérsele un plan tipo "comprehensive" que cubra lo siguiente:

1—La casi totalidad de sus gastos de servicios hospitalarios, pero NO TODOS, dejando un margen de 10% a 20% "coinsurance" del gasto de servicio de hospitalización a pagarse por el paciente sobre los primeros $300, sirviendo esto de freno al uso y exigencias indebidas al plan de hospitalización.

2—Pago total dentro del hospital de servicios médico-quirúrgicos incluyendo consultas de especialistas, siempre y cuando el paciente ocupe acomodo semi-privado. Se debe poner un límite razonable de ingreso anual por familia a los suscriptores del plan. Este límite debe ser abarcador y realista cubriendo aproximadamente el 75% de la población de Puerto Rico, de manera que el plan sea suficientemente universal para verdaderamente resolver con efectividad el gran problema de servicios de salud existente en Puerto Rico. Todo aquel grupo de familia de ingresos mayores al límite fijado tendrá derecho a acogerse al plan, pero el médico entonces no vendrá obligado a aceptar los honorarios fijados por el plan como el único pago por sus servicios.

3—El plan debe cubrir servicios de consulta en la oficina del médico incluyendo servicios de especialistas y pago completo de todos los gastos de laboratorio, radiografías y procedimientos requeridos para establecer un diagnóstico o completar tratamiento requerido.

4—El límite de beneficios puede extenderse hasta 5 ó 10,000.00 por póliza.

5—Libre selección de médico y hospital en todo momento respetando además todos los otros requisitos del Plan Escudo Azul.

6—No debe haber límite de tiempo en cuanto al servicio de hospitalización.

7—Debe excluir solamente los casos de psicosis, condiciones neurosiquiátricas crónicas, TBC, Lepra, adicción a drogas, cirugía cosmética y cuido dental que no sea aquel de emergencia, extracciones, infecciones o traumatismo dental. Sin embargo estos servicios y otros que posiblemente no incluya el plan pudieran ofrecerse por separado, pero adjunto al plan principal, naturalmente pagándose una prima adicional.

8—El plan debe incluir todos los medicamentos, drogas, sangre, plasma, etc. No debe incluir espejuelos y aparatos prostéticos, cajas de dientes, aparatos auditivos. Lo excluído podría incluirse en una póliza adicional al plan si fuera práctico y deseable.

9—Debe incluir los trabajadores retirados en caso de seguro en grupo, ya que este segmento de la población se encuentra huérfano de servicios de salud cuando más lo requieren y cuando posiblemente menos capacidad económica tienen para adquirirlos privadamente.

10—Eventualmente los mayores de 65 años deben ser incluídos.

11—Y, como última meta, el sueño dorado y utópico hacia el

cual debemos luchar incesantemente, siempre y cuando el plan haya adquirido madurez económica y administrativa, el rendimiento de servicios de salud al indigente gratuítamente, aunque no en su totalidad, por lo menos parcialmente. Ese, a nuestro parecer, debe ser nuestro objetivo final.

En síntesis, nuestro propósito debe ser el ofrecerle los servicios de salud necesarios al pueblo de Puerto Rico a un precio al alcance de todos los bolsillos del indigente al rico.

Aunque conocedores de las dificultades y obstáculos que conllevaría la realización de este plan, no dudamos pueda lograrse con la ayuda de Dios si nosotros los médicos sinceramente así lo deseáramos. Es precisamente creer y tener fe y soñar y luego proceder a realizar nuestras ilusiones, lo que ha hecho el método libre y democrático el más vigoroso y progresista del mundo. La clase médica siempre ha tenido suficiencia de estas virtudes, pues de lo contrario no se hubiera alcanzado el elevadísimo nivel de progreso técnico médico que caracteriza nuestra generación.

Un objetivo como el que señalamos dentro del campo médico-socio-económico es mucho menor obstáculo que los ya escalados por nuestra honorable profesión.

III. Estudio de Planes de Seguro de Salud de Compañías Comerciales de Seguros de Puerto Rico.

El tercer objetivo señalado para consideración y estudio de nuestro Comité durante el transcurso del año 1958 fué el de lograr, si el tiempo y las limitadas facilidades administrativas de que dispone en el presente nuestra Asociación lo permitiera, un estudio de los planes de compañías de seguro comercial que operan en Puerto Rico bajo la supervisión del Comisionado de Seguros de Puerto Rico y al amparo de la Ley General de Seguros.

La Asociación Médica de Puerto Rico debe, en todo lo posible, de acuerdo con el sentir de nuestro Comité, sentar las pautas a seguirse por todos los planes de salud existentes en Puerto Rico, sin excepción alguna. No debemos limitar nuestros esfuerzos a instrumentar nuestro propio plan solamente, aunque este objetivo ha tenido y debe tener el mayor interés y prioridad de parte nuestra, sino también propulsar, fomentar y ayudar otros planes ya existentes. Como ejemplo, ayudar a las compañías comerciales de seguros, a seguir senderos consistentes con los mejores principios de la ética médica y consecuentemente la prestación del mejor servicio posible al paciente.

Según información suministrada por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico, el señor Pablo J. López Castro, en contes-

tación a requerimientos nuestros en carta fechada el 27 de enero de 1958, e información adquirida de la Administración de la Cruz Azul de Puerto Rico, el 3 de febrero de 1958, existían en Puerto Rico 32 compañías de seguros (Véase exhibit A) autorizadas a hacer negocios de seguros de vida, incluyendo planes de hospitalización y médico-quirúrgicos y 28 compañías (Exhibit B) que ofrecen seguros para riesgos de accidentes, daños corporales, incapacidad, o muerte por accidentes, ofreciendo también seguro contra "los gastos por tal motivo." Debe entenderse por esto que cubren los gastos de hospitalización y servicios médico-quirúrgicos como consecuencia de un accidente.

Todas estas compañías tienen planes similares sobre la base uniforme de ofrecer indemnizaciones. Sus modus operandi se limita a indemnizaciones específicas por cada beneficio en sus pólizas.

Las 32 compañías (Exhibit A) que ofrecen planes de hospitalización y servicios médico-quirúrgicos funcionan bajo las siguientes condiciones:

1—**Base del Seguro:** Seguro a base de INDEMNIZAR a sus beneficiarios determinadas cantidades de dinero por servicios rendidos por hospital y médico.

2—**Cuantía de Indemnización:** La cuantía de las indemnizaciones dependerá del seguro que se compre.

Ninguna compañía ofrece servicios ambulatorios, pero algunas aparentemente refieren sus asegurados a grupos independientes ("Panel Groups") de médicos para contratar el rendimiento de esta fase ambulatoria del servicio. Naturalmente, esta práctica viola el precepto de libre selección de médico y de hospital.

3—**Cómo se Ofrece el Beneficio del Seguro:** El beneficio del seguro se ofrece a base de que el beneficiario pague su cuenta y luego extienda reclamación a la compañía. El hospital y el médico por **no tener contrato** alguno con las compañías no vienen obligados a aceptar determinada cantidad por sus servicios, aunque en ciertos casos algunas compañías tratan de conseguir ese privilegio de contrato de los hospitales y algunos médicos. Desafortunadamente, algunos médicos se han prestado a estas transacciones con el fin mezquino de conseguir la canalización exclusiva de los asegurados hacia ellos.

Invariablemente, los médicos que se han prestado a tales transacciones lo han hecho por un precio más bajo de lo acostumbrado para así conseguir la exclusividad en el referimiento de estos casos por parte de la compañía aseguradora, práctica nociva y condenable, representativa del infringimiento más craso de los preceptos de nuestra ética y de nuestra honorable tradición.

Estas son, en términos generales, algunas de las condiciones principales que caracterizan estos planes de seguros auspiciados por compañías de seguro comerciales cuyo único fin es el pecuniario. No por esto son condenables, ya que el lucro razonable y dentro de la ley es su legítimo derecho, pero sí censuramos severamente algunas de las prácticas ya mencionadas como asunto que nos debe interesar por ser detrimental a los mejores intereses de nuestros pacientes y de nuestra profesión.

Creemos firmemente, según impresiones recibidas de representantes individuales de algunas de estas compañías, y según escritos del "National Health Insurance Council", que estas prácticas contrarias a los cánones de ética son condenadas por las compañías de seguros de los Estados Unidos continentales. Aparentemente se hacen transacciones por sus agentes representativos localmente, contrarias a los preceptos que pregonan las compañías matrices.

No deseamos dar la errónea impresión de que todas o tan siquiera muchas de las compañías de seguros de salud que operan en Puerto Rico practican fuera de los linderos de la ética médica, pero sí deseamos reiterar el hecho de que hay agentes de compañías que así lo hacen, posiblemente por ignorancia de estos preceptos o por estímulo de parte de un exiguo número de médicos. Sea cual fuere el motivo, el mal existe y la necesidad de un correctivo urge.

Proponemos se haga un estudio más detenido de los planes de seguros comerciales existentes en Puerto Rico y de sus prácticas específicas. A la vez debe haber un acercamiento más estrecho de la Asociación Médica hacia estas compañías, con el fin de orientarlas sobre nuestro sentir y ofrecerles nuestra ayuda como el grupo de médicos representativo de la gran mayoría de la profesión en Puerto Rico.

Se debe crear además un Comité Conjunto de representantes de las compañías de seguros y de miembros designados por nuestra Asociación para ayudar a solucionar cualquier problema que pueda surgir en relación a servicios médicos indemnizados por estas compañías. Es necesario convencer a las compañías aseguradoras de la conveniencia de trabajar en armonía con la Asociación Médica local, como es la costumbre y casi la ley en los Estados Unidos continentales.

La Asociación Médica de Puerto Rico debe de exigir como esencial para el reconocimiento y aprobación oficial de un plan de seguro de salud comercial los siguientes requisitos:

1—Libre selección de médico para servicios dentro y fuera del hospital e igual libre selección de hospital. Todo mé-

dico autorizado por ley a practicar la medicina en Puerto Rico tiene derecho a participar.

2—No debe interferir con la competencia razonable que debe existir en la comunidad.

3—La responsabilidad profesional debe recaer exclusivamente sobre el médico que es el único cualificado legalmente y por preparación académica para ello.

4—El plan debe proveer el nombramiento de un Comité Conjunto para determinar el **valor relativo** de los servicios médico-quirúrgicos ofrecidos en la tarifa de honorarios del contrato. El Comité Conjunto debe estar autorizado a considerar dificultades y querellas y hacer recomendaciones en relación a las mismas.

5—**La Relación entre Paciente y Médico** — El método de rendir el servicio debe mantener inalterable esa cualidad personal y la relación confidencial e íntima que debe existir entre paciente y médico.

6—**Beneficios del Plan** — El contrato debe proveer los mayores beneficios posibles al suscriptor dentro de las limitaciones de cuota pagada y ganancia razonable de parte de la compañía de seguros. Honestidad de propósito y una sincera consideración de los intereses mutuos de parte del suscriptor, médicos, hospitales y compañía de seguros se presuponen como requisitos indispensables hacia el éxito de un contrato.

7—**Tipo de Beneficios:** Estos pueden ser a base de indemnización o servicio. Cuando los beneficios se pagan al contado directamente al paciente debe aclarar la compañía aseguradora de manera diáfana que estos beneficios son con el propósito de ayudar a pagar los gastos de servicios médicos y no necesariamente representan el pago total de los mismos excepto bajo convenio libre y mutuo entre médico y paciente.

8—**Especificación clara de Beneficios** — El contrato del suscriptor debe especificar claramente los beneficios y las condiciones necesarias para hacerse acreedor a ellos. Todas las limitaciones del contrato deben ser claramente enumeradas en el contrato y en anuncios que la compañía tenga a bien hacer en relación al contrato.

9—**Anuncios** — Todo anuncio relacionado con el contrato debe proveer un cuadro exacto de los beneficios del mismo sin lugar a exageraciones.

10—**Autorización** del Comisionado de Seguros de Puerto Rico al amparo de la Ley general de Seguros para vender seguros de servicios médicos y hospitalización en Puerto Rico.

11—La **Cuota** a pagarse por el paciente debe ser adecuada para proveer los beneficios ofrecidos en el contrato cubriendo adecuadamente los riesgos envueltos.

12—**Director Médico** — La compañía auspiciadora deberá proveerse de los servicios de un Director Médico, aprobado por la Asociación Médica de Puerto Rico, aunque sus servicios sean requeridos solamente a base de un per diem para solucionar los detalles de problemas de servicios médicos que pudieran surgir.

13—**La aceptación** oficial a cualquier compañía de Seguros será por un período de un año renovable al final del mismo después de adecuada consideración por parte de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Resumen

La Asociación Médica de Puerto Rico ha asumido actitud positiva y dinámica de liderato inspirada en propulsar la filosofía de los Planes Escudo Azul durante los últimos años. Como resultado de este esfuerzo continuo, inspirado en los más altos principios de servicio a nuestra población de las clases media y obrera y de ayuda a nuestro gobierno aliviando la carga de sus responsabilidades hacia ese sector de nuestro pueblo, nos encontramos ahora en el umbral de una nueva era en la práctica de la medicina en nuestro país.

Los médicos de Puerto Rico, en su gran mayoría, han sabido responder hasta la fecha de la manera más decidida y honorable a las múltiples y exigentes demandas que se le han hecho durante el transcurso de este tormentoso año 1958 por parte de su Presidente y Directiva en relación a los Planes Escudo Azul. Es motivo de satisfacción para todos nosotros el poder vislumbrar en un futuro cercano, como producto final de nuestros esfuerzos mancomunados el Plan de Seguros de Salud de la Asociación Médica de Puerto Rico sea mediante los Proyectos de Leyes o Compañía privada de Seguros, funcionando para el beneficio de nuestros compueblanos y para orgullo de nuestros asociados.

El plan de Salud de la Asociación Médica de Puerto Rico es sin duda el proyecto de mayor importancia que ha auspiciado nuestra agrupación desde sus comienzos. Reviste esa importancia por representar la única solución al problema del alto costo de los servicios médicos y hospitalarios de nuestra era moderna, y el modo más eficaz, bajo una forma democrática y voluntaria, de evitar sistemas gubernamentales de servicio de salud llámenseles por el nombre que se desee ("regionalización", "medicina total," "medicina socializada", "medicina compulsoria", etc. etc.)

Sin embargo, deseamos señalar la necesidad de ampliar nuestras facilidades administrativas nombrando un Director Médico Ejecutivo y personal necesario administrativo además del excelente pero exiguo número de empleados con que contamos en el presente, para que se pueda afrontar la solución diaria de los minuciosos detalles que caracteriza el establecimiento y funcionamiento de un Plan de Salud.

Vuestro Comité de Planes Voluntarios considera esencial ese nombramiento, de igual manera nos lo recomienda el Director del Escudo Azul Nacional, no solo por la razón expuesta, si no por que también creemos que si nuestra Asociación ha de interesarse en el mejoramiento de otros Planes de Servicios Médicos de Salud y en múltiples otros problemas es esencial nuestra expansión administrativa.

Durante nuestra labor como Comité, y no dudo esa sea la experiencia de otros Comités, se nos hizo difícil llevar a más detallados y minuciosos estudios algunos de nuestros objetivos, tal como el de las Compañías de Seguros Comerciales, por no contar con el tiempo necesario por exigencias de nuestras prácticas y por no tener el personal administrativo para llevar a cabo nuestras encomiendas. Todo esto, repetimos, a pesar de la excelente y sacrificada labor de nuestro Secretario Ejecutivo, el Sr. Jesús Sánchez, de todos bien conocido y siempre alabado.

No obstante la gran importancia de establecer nuestro propio Plan de Salud hemos recalcado también la necesidad de cooperar activamente en el mejoramiento y la orientación de otras instrumentalidades que rinden servicios de salud en Puerto Rico tales como las compañías de seguros comerciales objeto de estudio preliminar de parte de nuestro Comité.

Hemos especificado los requisitos que deben exigírseles a las compañías de seguros comerciales para recibir el endoso a sus planes de parte de la Asociación Médica de Puerto Rico enfatizando la indispensabilidad de crear un Comité Conjunto de sus representantes y los nuestros en relación a problemas que puedan surgir relacionados con el médico y los servicios que rinde.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1—La Asociación Médica de Puerto Rico debe de seguir ejerciendo toda su influencia y dirigir sus esfuerzos hacia conseguir aprobación final de los Proyectos Escudo Azul (P de la C 343, 344 y 345) al presente en el seno de la Comisión de Salud y Beneficencia del Senado.

2—Debemos de seguir estudiando y desarrollando los pasos necesarios para el establecimiento de una Compañía de Seguros de salud al amparo de la Ley general de Seguros en caso de que no se aprueben los proyectos "Escudo Azul" P. de la C 343, 344 y 345 auspiciados por la Asociación Médica de Puerto Rico.

3—Es imperativo el nombramiento de un Director Médico Ejecutivo de la Asociación Médica de Puerto Rico para que conjuntamente con el experto actuario de la Asociación Escudo Azul Nacional, pueda trabajar en los detalles finales de nuestro Plan de Salud además de estructurar la edificación administrativa de los mismos de manera que tan pronto tengamos el instrumento de ley podamos ponerlos a funcionar sin demora.

4—A la vez que empiece a ofrecerse nuestro primer Plan de Salud al público, debe ya tenerse preparado por nuestro actuario, ya notificado sobre el particular, y nuestro Director Médico, el "Plan de Salud del Futuro," ya esbozado en este reporte, con la idea de someterlo a la consideración del Comisionado de Seguros de Puerto Rico para su estudio, recomendación y aprobación final.

5—Que se haga una asignación de fondos por nuestra Cámara de Delegados para sufragar los gastos del actuario consultor durante su estada en Puerto Rico (su sueldo lo paga el Escudo Azul Nacional — la Asociación Médica de Puerto Rico sufraga solamente gastos relacionados con su viaje a Puerto Rico). Además, debe de autorizarse los gastos preliminares requeridos para el comienzo administrativo del Plan hasta que se asegure la estabilidad futura del mismo.

6—El Director Médico Ejecutivo y miembros del Comité de Planes Voluntarios deben establecer contacto con los representantes de las compañías de seguros comerciales comenzando labor de acercamiento y entendimiento encaminadas a mejorar estos planes creando un Comité Conjunto y consiguiendo se respeten los requisitos necesarios para certificado de aprobación de parte de la Asociación Médica de Puerto Rico.

No podríamos concluir nuestro reporte sin hacer enfático testimonio de nuestro agradecimiento por la cooperación invaluable de nuestro Presidente, el Dr. Luis Guzmán-López, que nos inspiró con su liderato en la mayor parte de la labor de este Comité ofreciendo su participación directa, armoniosa y personal en todas las fases de esta labor haciendo así posible su realización. A él, al Dr. Guillermo Picó, a las Directivas, Cámaras de Delegados y miembros individuales de la Asociación Médica de Puerto Rico y

nuestro Secretario Ejecutivo, el Sr. Jesús Sánchez y personal administrativo, nuestras más expresivas gracias.

Respetuosamente,

Por el Comité de Planes de Seguros Médicos Voluntarios de la Asociación Médica de Puerto Rico

JOSE S. LICHA, M.D.
Presidente

✧ ✧ ✧

EXHIBIT "A"

COMPAÑIAS DE SEGUROS AUTORIZADAS PARA DEDICARSE A ALGUNO O TODOS LOS RIESGOS DE SEGURO DE VIDA, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES:

1—Atlantic Southern Insurance Company of Puerto Rico
Parque 603 - Apartado 11155 Est. Fdez. Juncos, Santurce, P. R.

2—Bankers National Life Insurance Company
1 Sunset Avenue - Montclair, New Jersey
Agente: Alvaro R. Calderón

3—Carolina Home Life Insurance Company
Bulington, County of Alamance, North Carolina
Agente: Angel Rodríguez Carrión

4—Colonial Life Insurance Company of America, The
111 Prospect Street - East Orange, New Jersey
Agente: Arsenio Santiago.

5—Confederation Life Association
321 Bloor Street - E. Toronto 5, Canada
Agente: Arturo Umpierre, Jr.

*6—Connecticut General Life Insurance Company
Hartford 15, Connecticut
Agente: José B. Carrión

7—Continental Assurance Company
310 South Michigan Avenue - Chicago 4, Illinois
Agente: Marcelino San Miguel

8—Crown Life Insurance Company, The
120 Bloor Street - Toronto, Canada
Agente: Arturo A. Simonpietri

9—Cuna Mutual Insurance Society
P. O. Box 391 - Madison 1, Wisconsin
Agente: Ernesto del Rosario

10—Equitable Life Insurance Society of the U.S., The
393 Seventh Avenue - New York, New York
Agente: Alfredo Ortíz Jacobs

11—Franklin Life Insurance Company, The
812 South Sixth Street - Springfield, Illinois
Agente: Juan M. Cabrero

12—George Washington Life Insurance Company
Charleston, West Virginia
Agente: Néstor S. Rovira

13—International Life Insurance Company of the Americas
Comercio 450 - Apartado 4749, San Juan, P. R.

14—Jefferson Standard Life Insurance Company
Jefferson Square - Greensboro, North Carolina
Agente Víctor Braegger, Jr.

*15—**John Hancock Mutual Life Insurance Company**
200 Berkerly Street - Boston 7, Mass.
Agente: Fernando López Prado & A. Ortíz Jacobs.

16—Lincoln National Life Insurance Company, The
1301-27 South Harrison St. - Fort Wayne, Indiana
Agente: Isabel A. Saldaña

17—Manufacturers Life Insurance Company, The
200 Bloor Street - E. Toronto 5, Ontario, Canada
Agente: Alberto F. Balzac

18—Metropolitan Life Insurance Company
1 Madison Avenue - New York 10, N. Y.
Agente: Alvaro R. Calderón

*19—**Mutual Benefit Health & Accident Association**
City of Omaha, Douglas County - Omaha, Nebraska
Agente: Oswald A. Naveira

20—National Educators Life Insurance Company
205 N.W. Seventh St. - Fort Worth, Texas
Agente: José E. Mendoza

21—Occidental Life Insurance Company
Professional Building, Raleigh, North Carolina
Agente: Pastor S. Mandry, Jr.

22—Old Republic Life Insurance Company
307 North Michigan Avenue - Chicago, Illinois
Agente: Ramón E. Dapena

*23—**Pan American Life Insurance Company**
Whitney Central Building - New Orleans
Agente: Timothy B. Souther

---

* Compañías haciendo negocios de seguros de salud activamente en Puerto Rico.

*24—**Peninsular Life Insurance Company**
645 Riverside Avenue - Jacksonville, Florida
Agente: William D. Davis

*25—**Pilot Life Insurance Company**
Sedgefield - Greensboro, North Carolina
Agente: Robert L. Forbes, Jr.

26—Prudential Insurance Company of America, The
763 Broad St. - Conty of Essex - Newark, New Jersey
Agent: Miguel Mocoroa Arsuaga

27—Puerto Rican Life Insurance Company
Parque 610 - Apartado 11222 Est. Fdez. Juncos, Santurce, P. R.

28—Sun Life Assurance Company of Canada
Dominion Square - Montreal, Canada
Agente: Ralph G. Whitrod

*29—**Travelers Insurance Company, The**
700 Main Street - Hartford, Connecticut
Agente: Adolf Steffens

30—Union Mutual Life Insurance Company
396 Congress Street - Portland, Maine
Agente: William L. Pope

*31—**United Benefit Life Insurance Company**
Omaha, Nebraska
Agente: Oswald A. Naveira

*32—**United States Life Insurance, Co.,** in the City of N. Y., The
84 William St. - Corner of Maiden Lane - New York, N. Y.
Agente: Manuel San Juan.

EXHIBIT "B"

COMPAÑIAS DEDICADAS A ALGUNO O TODOS LOS RIESGOS DE INCENDIO - INCENDIO Y SINIESTROS MARITIMOS - FIANZAS - RESPONSABILIDAD - MISCELANEAS -

1—Aetna Insurance Company
670 Main Street - Hartford, Conn.
Agente: Compañía Carrión, Inc.

2—Alliance Assurance Company, Ltd.
Bartholomew Lane - London, England
Agente: San Juan Mercantile Corporation

3—American Casualty Company
Sixth & Washington Streets - Reading, Pa.
Agente: Hilger H. Hertell

4—American Employer's Insurance Company
110 Milk Street - Boston, Massachusetts
Agente: Víctor Braegger, Inc.
5—American Surety Company of New York
100 Broadway Street - New York, N. Y.
Agente: Inter-Am. Ins. Agency, Inc. y Pastor S. Mandry
6—Carolina Casualty Company of New York
Burlington, Almance County - North Carolina
Agente: Angel Rodríguez Carrión
7—Citizens Casualty Company of New York
33 Maiden Lane - New York 38, New York
Agente: Isaías Rodríguez Moreno
8—Commercial Insurance Company
10 Park Place - Newark 1, New Jersey
Agentes: Insular Underwriters Corporation
National Underwriters Corp.
9—Continental Casualty Company
310 South Michigan Avenue - Chicago, Illinois
Agentes: Compañía Carrión, Inc.
Lippitt & Simonpietri, Inc.
10—Employers Mutual Liability Insurance Company of Wisconsin
Wausau, Wisconsin
Agente: Ernesto del Rosario
11—Fireman's Fund Insurance Company
401 California Street - San Francisco 20, California
Agente: Inter-American Ins. Agency, Inc.
12—General Accident, Fire & Life Assurance Corporation, Ltd.
General Building - Perth, Scotland
Agentes Sucrs. de Enrique Gómez, Inc.
Lippitt & Simonpietri, Inc.
13—Globe Indemnity Company
150 William Street - New York, N. Y.
Agente: Compañía Carrión, Inc.
14—Great American Indemnity Company
1 Liberty Street - New York, N. Y.
Agente: Compañía Carrión, Inc.
15—Hartford Accident and Indemnity Company
690 Asylum Avenue. - Hartford, Connecticut
Agente: M. Mocoroa Arsuaga, Inc.
16—Indemnity Insurance Company of North America
1600 Arch Street - Philadelphia, Pennsylvania
Agente: William Munch, Inc.

17—Liberty Mutual Insurance Company
175 Berkerly Street - Boston, Mass.
Agente: Carlos M. Benítez, Inc.
18—Maryland Casualty Company
701 West 40th St. and Cedar Avenue - Baltimore, Md.
Agente: Manuel San Juan Company, Inc.
19—New Armsterdam Casualty Company
227—Paul Street - Baltimore 3, Md.
Agent: Lippitt & Simonpietri, Inc.
20—Pennsylvania Lumbermen's Mutual Insurance Company
Philadelphia, Pennsylvania
Agente: Carlos M. Benítez, Inc.
21—Phoenix Insurance Company, The
61 Woodland Street - Hartford, Connecticut
Agente: Steffens & Santoni, Inc.
22—Porto Rican and American Insurance Company, Inc., The
Edificio Ochoa - Apartado 3752 - San Juan, P. R.
Agentes: Anglo Porto Rican Ins. Agencies, Inc.
Roberto López Candal Sucrs. de E. Gómez, Inc.
Isla Insurance Center, Inc.
23—Royal Indemnity Company
150 William Street - New York 8, New York
Agentes: Compañía Carrión, Inc.
San Miguel & Compañía, Inc.
24—Standard Accident Insurance Company
640 Temple Avenue - Detroit 32, Michigan
Agente: Víctor Braegger, Inc.
25—Sun Insurance Office, Ltd.
63 Threadneedle Street - London E.C.2, England
Agente: Víctor Braegger, Inc.
26—Travelers Indemnity Company, The
700 Main Street - Hartford, Connecticut
Agente: Steffens & Santoni, Inc.
27—United States Casualty Company
60 John Street - New York, New York
Agente: Lippitt & Simonpietri, Inc.
28—United States Fidelity & Guaranty, Company
Calver & Redwood Streets - Baltimore 3, Maryland
Agente: F. Carrera & Hnos. Inc.

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA

DE

PUERTO RICO

Organo Oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico

Enero - Diciembre, 1958
Vol. 50

San Juan
Imprenta Venezuela
1958

LISTA DE COLABORADORES AL VOLUMEN 50 DEL

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ALONSO, Miguel
ANDINO, Agustín M. de
ARMIJO, Rolando
BAADER, E. W.
BENAVENT, Walter J.
BERIO, José M.
BLANES, Rafael A.
BLASINI RIVERA, Marino
BUXEDA, Roberto
COLBERG RIOS, Herman
CORDERO, Ricardo
COSTAS, Margarita C.
COSTAS DURIEUX, Jaime L.
DAVILA, José B.
DE JESUS, José A.
FIGUEROA DE GONZALEZ, Etervina
GARCIA CABRERA, E.
GUZMAN LOPEZ, Luis R.
HERETER, Jorge
LEE, Charles
LICHA, José S.
MARCIAL ROJAS, Raúl A.
MARIÑELARENA, R.
MASI, Alfonse T.
MENDEZ CASHION, Dolores
ORR, Louis
PONS, JR., Eduardo R.
QUINTERO, Ernesto
RANDALL, Clyde L.
RODRIGUEZ MOLINA, Rafael
RODRIGUEZ PEREZ, David
SUAREZ, Ramón M.
TORREGROSA, Mercedes Vda. de
VALLECILLO, Luis A.
VICENS, Carlos N.

INDICE DEL AÑO 1958

INDICE DE MATERIAS

INDICE DE AUTORES



Las madres depositan su confianza en el consejo de sus médicos cuando se trata de seleccionar el alimento de sus bebés. Y los médicos en todas partes recomiendan especialmente DRYCO a las madres para la alimentación infantil. Su calidad consistentemente *superior* ha hecho de DRYCO una fuente segura de nutrición . . . y a través del mundo incontables bebés se han desarrollado más fuertes y saludables con la ayuda de DRYCO.

Durante los primeros meses de la infancia, cuando el crecimiento del bebé es más rápido, el alto contenido de proteína en DRYCO proporciona una adecuada cantidad de los aminoácidos esenciales para el desarrollo . . . la reducida proporción de grasa en DRYCO asegura una digestión más fácil . . . el moderado nivel de carbohidrato hace las fórmulas de DRYCO más adaptables a las necesidades individuales del bebé . . . y con DRYCO el bebé obtiene siempre cantidades abundantes de importantes vitaminas y minerales.

DRYCO

Para la Nutrición

Ideal del Bebé

Para informes profesionales completos sobre DRYCO, sírvase escribir a

THE BORDEN FOOD PRODUCTS COMPANY

Division of The Borden Company, 350 Madison Avenue, New York, N. Y., E.U.A.

Distribuidores para Puerto Rico:

PLAZA PROVISION COMPANY, Fortaleza 101, San Juan, P. R.


NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
U.S. Department of
Health, Education,
and Welfare, Public
Health Service
Washington, D.C.


NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service
Washington, D.C.
BOUND BY
HM
SEP 28 1959